

*“La experiencia del parasuicidio en población adolescente en las instituciones educativas*

*Alberto Castilla y German Pardo en la ciudad de Ibagué”*

Signey Lozano Carrera

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades

Programa de Psicología

Ibagué Tolima

2019

*La experiencia del parasuicidio en población adolescente en las instituciones educativas Alberto  
Castilla y Germán Pardo en la ciudad de Ibagué.*

Signey Lozano Carrera

Proyecto de investigación como opción de grado

Liliana Sánchez

Directora trabajo de grado

Universidad Nacional Abierta y a Distancia. UNAD

Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades

Programa de Psicología

Ibagué - Tolima

2019

## Tabla de contenido

Resumen .....	6
Abstract .....	7
Introduccion.....	8
Planteamiento del problema.....	11
Justificación.....	15
Objetivo General.....	19
Objetivos específicos.....	19
Marco legal.....	20
Marco referencialreferencial.....	21
Referente teórico.....	26
Teoría sociológica.....	26
Teoría psiquiátrica.....	28
Teoría psicoanalítica.....	29
Teoría cognitiva.....	30
Conceptos básicos.....	31
Metodología.....	35
Técnicas e instrumentos.....	36

Población.....	37
Procedimiento.....	37
Análisis de resultados .....	39
Escala de ideación suicida (Beck1979) .....	40
Entrevista semiestructurada.....	46
Instrumento de riesgo suicida IRSA.....	62
Discusión.....	64
Conclusiones.....	73
Recomendaciones.....	75
Referencias bibliográficas.....	76
Apéndice.....	81

## **Tablas.**

Tabla 1. Caracterización de los participantes. ....	39
Tabla 2. Escala de Ideación Suicida institución educativa Alberto Castilla. ....	42
Tabla3. Escala de Ideación Suicida institución educativa Germán Pardo. ....	43
Tabla 4. Dimensión cognitiva institución educativa Alberto Castilla. ....	47
Tabla 5. Dimensión cognitiva institución educativa German Pardo. ....	51
Tabla 6. Dimensión emocional institución educativa Alberto Castilla. ....	53

Tabla 7. Dimensión emocional institución educativa German Pardo.....	55
Tabla 8. Dimensión conductual institución educativa Alberto Castilla.....	57
Tabla 9. Dimensión comportamental institución educativa German Pardo. ....	59

## **Graficas.**

Grafica 1. Puntuación total Alberto Castilla. ....	43
Grafica 2. Puntuación total German Pardo.....	43
Graficas 3 y 4. Puntuación sección: actitud hacia la vida/muerte.....	44
Graficas 5 y 6. . Puntuación sección pensamientos/deseos suicidas. ....	44
Gráfica 7 y 8. Puntuación sección: proyecto de intento de suicidio. ....	45
Gráfica 9 y 10. Puntuación sección: realización del intento proyectado. ....	46

## **Apéndices.**

Anexo 1. Consentimiento informado .....	80
Anexo 2. Escala ideación suicida de Beck.....	81
Anexo 3. Entrevista semiestructurada.....	82
Anexo 4. Escala IRSA.....	84

## **Resumen**

Esta investigación se centró en la descripción de la experiencia del parasuicidio en población adolescente en las instituciones educativas Alberto Castilla y Germán Pardo García en la ciudad de Ibagué. El presente estudio corresponde al enfoque cualitativo (Morse, 2003). De tipo descriptivo (Hernández et al. 2006). La metodología se aplicó a través de técnicas e Instrumentos que se utilizaron como: La Escala de Ideación Suicida elaborada por Beck (1979), entrevista semiestructurada áreas de ajuste cognitiva, emocional y conductual, El Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente (IRSA).se evidenció conductas parasuicidas en los adolescentes siendo la familia el soporte funcional en el aspecto cognitivo, emocional y comportamental, así mismo es un factor trascendental positivo o negativo.

**Palabras clave:** parasuicidio, adolescente, familia, factores de riesgo, factores protectores

### **Abstract**

This research focused on the description of the experience of parasuicide in the adolescent population in the educational institutions Alberto Castilla and Germán Pardo García in the city of Ibagué. The present study corresponds to the qualitative approach (Morse, 2003). Descriptive type (Hernández et al. 2006). The methodology was applied through techniques and instruments that were used as: The Suicidal Ideation Scale elaborated by Beck (1979), semi-structured interview areas of cognitive, emotional and behavioral adjustment, The Teen Suicide Risk Instrument (IRSA). Parasuicidal behaviors in adolescents, the family being the functional support in the cognitive, emotional and behavioral aspects of these adolescents, as well as a positive or negative factor.

## **Introducción**

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo humano. Esta se caracteriza por continuos cambios los cuales pueden generar una diversidad de acontecimientos en cada sujeto de acuerdo a su construcción psíquica. Las exigencias psicosociales derivadas del proceso en el desarrollo y las interrelaciones en el lazo familiar, sociocultural y ambiental. Por consiguiente estos factores ejercen de alguna manera influencia en el desarrollo psicológico, conductual y emocional del sujeto que pasa de niño a adolescente. De este modo se apropia cada uno de un conjunto de acontecimientos dando espacio a la subjetividad que es única en cada sujeto. Cuando este proceso impacta de manera negativa al adolescente desde su singularidad, se puede manifestar ansiedad, tristeza, soledad, angustia, dificultades en sus lazos sociales o familiares, baja autoestima, no encuentra sentido a la vida, pesimismo, soledad, alteraciones emocionales por citar algunas pocas, es importante tener en cuenta el vínculo familiar por que la familia se ha constituido como célula de la sociedad, si bien es cierto que allí se produce la formación física, psicológica, social y cultural de un niño o niña. Es en la familia donde se da la construcción psíquica, emocional, cognitiva y conductual del niño donde se permite poco a poco el ingreso a funciones sociales y de independencia. De ahí que, en ese entorno el adolescente se prepara para los complejos retos de la vida con los cuales debe enfrentarse como la escuela, amigos y grupos, etc. Es en la familia donde se brindan las herramientas necesarias para el bienestar integral del adolescente.

Lo anterior, implica la familia como factor de riesgo o factor de protección dependiendo del modo en que cada familia se constituye para ese sujeto. Por lo tanto, muchos adolescente se



han conducido hacia un sin salida. Donde la desesperanza y falta de algo con lo que no sabe y no entiende de sí mismo lo empuja hacia el deseo de hacerse daño, autodestruirse, incluso pensar en la muerte como única salida a una existencia tormentosa y de sufrimiento. Desde esta perspectiva se busca un acercamiento en la comprensión de los múltiples factores que enmarcan esta problemática que afecta no solo al adolescente si no a sus familias y comunidad. Por lo tanto es un problema de orden social a nivel regional, nacional y mundial.

Ahora bien, comprender el concepto de *parasuicidio* es muy importante para el desarrollo de la presente investigación. “*Describir la experiencia del parasuicidio en población adolescente de las instituciones educativas: Alberto Castilla y Germán Pardo de la ciudad de Ibagué*”. Para desarrollar esta investigación, en primer lugar se vio la necesidad de identificar las conductas autodestructivas de los adolescentes para así realizar una descripción de dichas conductas. Así también se identificó los pensamientos, sentimientos y acciones durante (antes, *durante* y *después*) la conducta auto-lesiva. Para concluir, se buscó determinar los factores de riesgo desde lo cognitivo, comportamental y emocional. Lo cual permitió identificar *factores predisponentes*, quienes inducen a los jóvenes que participaron en la investigación a llevar a cabo las conductas autodestructivas. Estas son de suma importancia para comprender el fenómeno. De acuerdo con los resultados de la investigación se permitió identificar las conductas *parasuicidas*.

Las conductas *parasuicidas*, son conductas de autodestrucción y deseo de destruir al Otro. Por lo tanto es un serio llamado de atención. Un llamado al que hay que estar atentos y manejar

con responsabilidad para evitar la conducción a un completo sin sentido que en muchas ocasiones tiene un desenlace fatal como es el suicidio.

De acuerdo con lo anterior, se consultó un informe sobre el suicidio. Este indica que el suicidio se presenta como un suceso de gran impacto social. Este puede reflejar globalmente la salud mental de la población en estudio, permite realizar un análisis de los componentes psicoemocionales y comportamentales de dicha población. También permite observar una posible insuficiencia de recursos, psicoemocionales, ambientales y económicos para enfrentar las circunstancias adversas individuales de la vida, Secretaría Distrital de Salud Bogotá, (2011)

Por otra parte, la metodología que se llevó a cabo en el proyecto fue un enfoque cualitativo. Según Morse, la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto (2003). Por otro lado, la investigación descriptiva “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández, 2006). De esta manera, esta investigación utilizó herramientas tales como: entrevistas, test, estadísticas, escalas de ideación suicida, etc., lo cual revela la naturaleza mixta de esta investigación.

Este trabajo se realizó en tres etapas. En primer momento se realiza el planteamiento de objetivos, planteamiento del problema, justificación, metodología, marco conceptual por último marco teórico. En un segundo momento se realiza la aplicación de las diferentes herramientas descritas anteriormente. Bajo un componente ético en la investigación como es el consentimiento

informado por parte de los padres de familia ya que la población es menor de edad. En el tercer momento se desarrolla el análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de instrumentos. Seguidamente se da a conocer la discusión y por ultimo las conclusiones.

### **Planteamiento del problema**

En diversas investigaciones de carácter internacional, nacional y regional se ha evidenciado que el suicidio es un problema de salud pública mundial, como lo indica la OMS (Organización Mundial de la Salud), este fenómeno afecta a toda la sociedad ya que más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. Esta organización indica que el suicidio se puede prevenir. Es por ello que radica la importancia de la presente investigación. Con el fin de visibilizar que la conducta parasuicida con sus factores multicaúsales pueden llevar a un adolescente al suicidio siendo este prevenible si se diagnostica a tiempo.

Según las estadísticas nacionales. Durante el 2015 en Colombia el suicidio fue la cuarta causa de muerte violenta. Aproximadamente 2.068 personas se quitaron la vida, un 10% más que en el año 2014. Sin embargo, no se sabe con exactitud si esta es la cifra acertada, puesto que otros datos muestran que aún existen 2.565 muertes violentas que podrían o no catalogarse como muertes por suicidio. De estas cifras se estima que el 48,74% de los suicidios se dieron en edades entre los 15 y 34 años [...] Por otro lado, estos estudios realizados por medicina Forense, muestran que el número de suicidios entre los 10 y 14 años aumentó de manera significativa. Pasó de 57 muertes

en el 2014 a 70 en el 2015.

Así mismo, en el año 2016, en cumplimiento de la ley 1616 de 2013, el Instituto Nacional de Salud (INS), dio inicio a la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio. Desde que se inició este proceso las cifras reportadas se han incrementado dramáticamente, se pasó de una tasa de intento de suicidio de 4,12 por 100.000 habitantes a una de 36,08 en 2016 y a 52,04 en 2017 (preliminar). En 2015 se reportaron en el SISPRO 1.987 casos de intento de suicidio, en 2016 el SIVIGILA informó que se presentaron 17.587 casos; evidenciando una cifra casi nueve veces más alta de un año al otro, en 2017 la cifra preliminar fue de 25.835 casos, con un incremento del 46,9% con respecto al año anterior. Según este organismo no se ha medido la totalidad del fenómeno ya que las entidades de salud se encuentran en proceso de recolección de datos

Por lo tanto, la tendencia de este fenómeno es al incremento de los casos y las tasas. En el informe del SIVIGILA reportó que, en 2017, el 62,7% de los casos de intento de suicidio registrados eran del sexo femenino y 37,3% del masculino. El 29,7% se presentaron en el grupo de 15 a 19 años. Boletín de salud mental Min salud (2018).

Así mismo el Doctor González Ortiz, especialista en epidemiología y en salud pública, dice que los suicidios entre 15 y 19 años de edad suelen estar relacionados con la familia y problemas de autoestima. El 'bullying', la falta de aceptación de la condición sexual y no tener una orientación psicológica adecuada para enfrentar las crisis son algunas de las causas principales.

De acuerdo con lo anterior ¿dónde se ubicaría la ciudad de Ibagué en estadísticas del suicidio? En Ibagué se presentan unos índices altos en intento de suicidios y suicidios según las estadísticas epidemiológicas.

Por lo tanto, en el Tolima la problemática es alarmante y en Ibagué entre el año 2007 y en 2017 fueron reportados 106 suicidios en adolescentes entre 12 y 17 años. Se dio una voz de alerta ya que los reportes de los últimos dos años sigue preocupando a las autoridades, al Gobierno municipal y Departamental, Instituciones Educativas, las familias y la sociedad en general, (Foro de salud mental, 2018). Así mismo para la semana 29 es decir a junio del 2019 se habían notificado 764 casos de *intento de suicidio*, con un aumento de 29% es decir 223 casos más que para la misma fecha del 2018 el género femenino presento mayor afectación y la edad entre 15 y 19 años representa 80.6% de los casos, el método más utilizado sigue siendo intoxicación seguido de armas corto punzantes y múltiples mecanismos. Además los factores desencadenantes siguen siendo problemas de pareja, y maltrato físico y las mujeres siguen punteando las cifras. (SIVIGILA)Secretaria de salud Deptal. (2019).

Sin embargo, la mayoría de investigaciones describen las características y factores del *suicidio* ¿qué pasa cuando se pregunta por investigaciones sobre el *parasuicidio*? Desde luego son pocas las investigaciones al respecto. Por esta razón la presente investigación es importante para comprender más a profundidad este fenómeno del *parasuicidio*. Entendiendo como una conducta grave, es un llamado de alerta del adolescente que algo anda mal consigo mismo y con su entorno.

[...] el parasuicidio se caracteriza por depresión aguda grave, sentimientos de devaluación, desamparo, desesperanza, culpabilidad, rabia, impotencia y angustia. Lo cual se acompaña de ideas suicidas y acopio de medios para autolesionarse. Habitualmente estas personas se encuentran en un medio familiar desorganizado y caótico con ausencia de red social de apoyo. (Cuesta-Revé, 2017).

Así pues, según González y Cols., (2012), es importante entender que el *parasuicidio* es una voz de alerta, un llamado a la comunidad educativa, a la familia y a la sociedad. Por cada suicidio consumado hay ocho intentos. Es por esto que se busca describir qué sucede en los adolescentes durante esta situación compleja. Desde la psicología buscar estrategias para abordar esta situación que es de alto impacto familiar, social y cultural, que está afectando a la sociedad tanto a nivel local, nacional y mundial. En este orden de ideas, se realiza esta investigación bajo la siguiente pregunta: *¿Cuál es la experiencia del parasuicidio en población adolescente de las instituciones educativas Alberto Castilla y Germán Pardo en la ciudad de Ibagué?*

## Justificación

El presente estudio, pretende “*Describir la Experiencia del Parasuicidio en Población Adolescente en las Instituciones Educativas Alberto Castilla y Germán Pardo en la Ciudad de Ibagué*”. Esta investigación trata una problemática social y mundial como lo afirma, La Organización Mundial de la Salud (2014), afecta los adolescentes, la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad en general. La OMS Manifiesta su preocupación cuando revela, en las estadísticas, las cifras de suicidio en niños y adolescentes se han incrementado en los últimos años.

Así mismo, la conducta *parasuicida* es un conjunto de eventos complejos, que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición; cuando se manifiesta como el suicidio consumado. Tiene consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y comunidad. Estos efectos son duraderos. Se encuentra asociada a diversos factores de riesgo que pueden ser intervenidos con acciones específicas. Dichas acciones se pueden realizar desde la promoción de la salud mental, la prevención, atención a los problemas y trastornos mentales. Involucrando a diferentes sectores e instituciones y a la sociedad civil, que permita evitar así los desenlaces fatales, MINSALUD, (2018).

De acuerdo con lo anterior, el sujeto adolescente presenta vulnerabilidad hacia esta conducta. Se encuentra que los jóvenes se enfrentan a dificultades muy diversas. La familia como base de la sociedad. Primer formador natural del niño. Es en la familia donde se llevan a cabo las principales funciones de lazo social. En su ámbito familiar el sujeto adquiere su estructura psíquica, es allí donde se lleva a cabo el desarrollo psicoemocionales y el bienestar mental del adolescente.

Los adolescentes están inmersos en situaciones difíciles en las que no saben cómo enfrentar se sienten solos y sin esperanza. Por múltiples razones han asumido conductas *parasuicidas* que pueden llevarlos al suicidio, como se observaron los resultados en diferentes investigaciones.

Así mismo, se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio (parasuicidio) y por cada intento, ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo, El 40% de quienes han intentado suicidarse lo han hecho en varias ocasiones; de ellos, de 10 a 14% termina suicidándose, es importante estudiar el proceso que antecede a los suicidios para así conocer y atender este problema, González y cols., (2012), (citando a Madrigal, Fonseca y Vázquez, 2004).

Por lo anterior, es urgente visibilizar la conducta parasuicida que afecta a los adolescentes. Como se expresó este fenómeno afecta a toda sociedad que incluye las familias, el estado y la comunidad, reiterando el llamado de González y cols., (2012), quien manifiesta que es importante estudiar el proceso que antecede a los suicidios para así conocer y atender este problema.

Por lo tanto, en el Tolima y en especial en Ibagué entre el año 2007 y 2017 fueron reportados 106 suicidios en adolescentes entre 12 y 17 años se dio una voz de alerta ya que los reportes de los últimos dos años sigue preocupando a las autoridades, al Gobierno municipal y Departamental, Instituciones Educativas, las familias y la sociedad en general, (Foro de salud mental, 2018).



Cabe aclarar, con la información que reposa en la secretaria de salud del Tolima es evidente que el fenómeno del *parasuicidio* ha venido aumentando para el 2017 se registraron en la base de datos del SIVIGILA 852 intentos de suicidio es decir que aumento el 12 % al registro del 2016. El grupo etario entre 15 y 19 fue el de mayor compromiso con una tasa de 225,4 x 100.000 h. se encontró como factor desencadenante problemas de pareja y económicos. Así mismo para diciembre del 2018 se presentaron 964 casos de intento de suicidio es decir incremento 16% con respecto a 2017 el grupo etario de 15 a 19 años fue de mayor incidencia y el Sexo femenino presentándose 205 casos de los cuales 47% fue por problemas de pareja. Se reportó que el 39% de los casos ya tenía un intento previo y el 28% entre 3 o más intentos. El principal método fue la intoxicación y el segundo método las lesiones con objetos corto punzantes. Finalmente para la semana 29 es decir a junio del 2019 se habían notificado 764 casos de intento de suicidio, con un aumento de 29% es decir 223 casos más que para la misma fecha del 2018 el género femenino presento mayor afectación y la edad entre 15 y 19 años representa 80.6% de los casos, el método más utilizado sigue siendo intoxicación seguido de armas cortopunzantes. Y múltiples mecanismos los factores desencadenantes siguen siendo problemas de pareja, y maltrato físico y las mujeres siguen punteando las cifras.

Por lo tanto, la presente investigación describe la experiencia del parasuicidio en población adolescente en las instituciones educativas Alberto Castilla y Germán Pardo en la ciudad de Ibagué. Bajo la propia experiencia de conductas *parasuicidas* en los participantes. Visualizar cómo estos actores perciben antes, durante y después de la conducta *parasuicida*, su relación con el componente cognitivo, emocional y conductual, factores de riesgo que los afectaron desde su *propia mirada*. Por lo tanto, aportar significativamente a posteriores investigaciones. También

aportar al diseño de estrategias a nivel disciplinar e interdisciplinar para mejorar el bienestar bio-psico-emocional y cultural de esta población y otras con las que se pretenda trabajar.

Lo anterior indica que, esta investigación será de utilidad para las dos instituciones educativas de la ciudad de Ibagué, porque de esta manera ejecutarán acciones de fortalecimiento emocional, conductual y cognitivo en los adolescentes. Así también será de utilidad para los profesionales del área de salud, entre ellos psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y otros, así como a los educadores y familias quienes deben constituirse en un factor protector que tiene impacto sobre la vida de los adolescentes. Además a los estudiantes de la carrera profesional de psicología, les permitirá ampliar sus experiencias de aprendizaje e investigación de esa manera poder contar con una base para la formulación, elaboración y aplicación de programas dirigidas al bienestar psicológico de dicha población.

## **Objetivo General**

Describir la experiencia del parasuicidio en población adolescente en las instituciones educativas Alberto Castilla y Germán Pardo en la ciudad de Ibagué.

## **Objetivos Específicos**

1. Identificar las conductas de *parasuicidio* y su relación con el componente cognitivo, emocional y comportamental del adolescente.
2. Identificar cómo estos actores perciben antes, durante y después del hecho, la conducta auto-lesiva.
3. Determinar factores de riesgo suicida desde una mirada cognitiva, comportamental, emocional y social del adolescente.

### **Marco legal en Colombia**

Esta problemática ha sido incluida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, y es uno de los eventos prioritarios para la vigilancia e intervención en salud pública en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013). En el Ministerio de Salud y Protección Social se creó el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, (GGISM) al interior de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, para liderar esta temática entre otras.

El Ministerio ha gestionado un aumento progresivo de los contenidos de salud mental en el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (antiguo POS).

- Se ampliaron y actualizaron los estándares de habilitación para la prestación de servicios en salud mental mediante las Resoluciones 1441 de 2013 y 2003 de 2014.
- La Resolución 518/2015 incluye entre las tecnología en salud a desarrollar por parte de todas las entidades territoriales del país la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental, así como las Zonas de Orientación Escolar y los Centros de Escucha ( que incluye centros de escucha telefónica o líneas telefónicas en salud mental), los cuales permiten una penetración de los entornos comunitario, familiar y educativo para disponer actividades de educación en salud y apoyo psicosocial.

## **Marco referencial**

El parasuicidio se ha descrito como un importante problema de salud pública. Tanto por su elevada incidencia como por las importantes consecuencias a nivel social y familiar. De acuerdo con Guerrero (2013) define las conductas autodestructivas o parasuicidas como aquellas conductas que en sí mismas no se realizan con el fin explícito y/o concreto de provocar la destrucción del sujeto mismo de una manera directa, sino más bien aquella conducta que se realiza de manera intencional para conseguir un fin concreto diferente pero que lleva consigo una alta probabilidad de llevar a un suicidio consumado.

De acuerdo a lo anterior, la conducta suicida es un conjunto de eventos complejos que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición; cuando se manifiesta como el suicidio consumado tiene consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y comunidad. Sus efectos son duraderos. Se encuentra asociada a diversos factores de riesgo que pueden ser intervenidos con acciones específicas que abarcan el espectro de la promoción de la salud mental. La prevención y atención a los problemas y trastornos mentales involucrando a diferentes sectores e instituciones y a la sociedad civil evitando así los desenlaces fatales, MINSALUD (2018).

Así mismo, la adolescencia, según la OMS es una etapa del desarrollo fundamental en el individuo puesto que se encuentra en un periodo de transición en el que se producen cambios significativos a nivel físico, cognitivo y conductual. Por tanto, los adolescentes ingresan en una preparación en formación para la siguiente etapa de la vida en la cual influyen de gran manera las

experiencias. Debido a que va más allá de los cambios físicos y la maduración sexual. Se tiene en cuenta el proceso transicional a nivel social y económico, el desarrollo de identidad, la adquisición de competencias para relacionarse con el entorno, el establecimiento de metas, entre otros, para Gottfried (2013) las interacciones que vivencia el ser humano en la adolescencia define el modo de desenvolverse consigo mismo y con su entorno en el que influyen los valores y los modelos sociales a los que se encuentran inmersos. (2014) de ahí que están inmersos en diversas situaciones destructoras como el parasuicidio y el suicidio.

Por lo anterior, cabe resaltar que en el 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que el suicidio pasó al tercer lugar como causa principal de muerte en el mundo entre personas de 15 a 44 años de ambos géneros. Dentro del grupo de los adolescentes aquellos que se encuentran entre los 16 y 19 años tienen un riesgo mayor de suicidio. A diferencia de quienes son menores de 15 años para los que el suicidio es poco usual pero que se está alertando de acuerdo con las últimas estadísticas se proyectó para el 2020 un aumento del 50% en el suicidio, fenómeno que va a alcanzar los 1,530 millones de muertes.

Con respecto a lo anterior, González y cols (2012) citando a (Madrigal, Fonseca y Vázquez, 2004) se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio y por cada intento, ocho veces lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo, El 40% de quienes han intentado suicidarse lo han hecho en varias ocasiones; de ellos, de 10 a 14% termina suicidándose, es importante estudiar el proceso que antecede a los suicidios para así conocer y atender este problema.

Del mismo modo, en Latinoamérica varios estudios muestran realidades similares tal como en México (Monge, 2013) analizó la prevalencia del intento de suicidio y su relación con la dinámica familiar. Aplicaron cuestionarios a los parasuicidas y sus familias encontrando intentos de suicidio en once de cada cien estudiantes y la proporción de intentos fue de tres mujeres por cada varón, se hallaron factores familiares de riesgo tales como sentimientos de soledad, incomprensión y rechazo por parte de los padres. Así como una percepción negativa del ambiente familiar.

Así mismo, al igual que estudios anteriores Leal y Vásquez (2011), realizaron un estudio titulado “Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos y factores asociados”. El objetivo era determinar la prevalencia de ideación suicida en los adolescentes y los componentes desencadenantes. La conclusión fue que el 38.5% de los adolescentes presentan ideas suicidas, el 31.3% cree que no vale la pena vivir, el 28.1% imaginó suicidarse alguna vez en su vida, el 19.6% pensó la manera de cómo podría suicidarse y el 9.9% intento quitarse la vida; entre los factores que llevan a estos a adolescentes a atentar contra su vida se encuentran: el mal funcionamiento familiar, estrés percibido y bajo apoyo social.

Por otro lado, (Hernández Trujillo, 2013) realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal a fin de describir los factores relacionados con la conducta suicida en 26 de 31 adolescentes entre 11 a 17 años. Se halló que el grupo más afectado fue el de 14 - 15 años, con primacía del sexo femenino. Entre los factores de riesgo predominantes figuraron, por citar los

principales, las siguientes causas: los maltratos físicos y psicológicos. Estos generalmente se dan como las humillaciones efectuadas por los propios padres, la falta de redes de apoyo familiar en la mayoría de ellos, la ausencia de solución de sus problemas, depresión y consumo de alcohol (como antecedentes patológicos familiares). Los principales métodos utilizados en la conducta suicida detectados en la investigación fueron: la ingestión de medicamentos fundamentalmente psicofármacos.

Por otro lado, en Colombia desde el informe del Sistema Unificado de Violencia y Delincuencia en Bogotá (SUIVD). Se hizo un llamado a fortalecer los factores protectores y vigilar los factores de riesgo que pueden ayudar a prevenir y/o detectar tempranamente la población en riesgo de suicidio. Los principales factores de riesgo son: efecto de imitación o efecto Werther, eventos vitales estresantes como la pérdida de una persona significativa o una mascota, problemas con la autoridad, antecedentes médico-psiquiátricos, comportamiento suicida previo, antecedentes psiquiátricos en la familia, conflictos familiares, muerte o separación de los padres, desempleo, maltrato del menor, bajo rendimiento escolar, rasgos de personalidad narcisista o antisocial, problemas de interrelación, trastornos de alimentación, cambios constantes de domicilio, vivir fuera del hogar, rompimiento de una relación sentimental, los trastornos afectivos y, sobre todo, el trastorno depresivo mayor, (es el evento psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio).

De este modo, se observa el suicidio como un suceso de gran impacto social. Puede reflejar globalmente la salud mental de la población en estudio la cual se encuentra bajo una posible insuficiencia de recursos materiales y también, psico-emocionales para enfrentar las circunstancias adversas individuales de la vida, así como las sociales y económicas del entorno (Secretaría



Distrital de Salud, 2011).

Igualmente, Cuesta, R. (2017) en su investigación dice que el suicidio constituye la segunda causa de defunción en el grupo de adolescentes y jóvenes 10 a 24 años. De igual forma, para el año 1998 se estimó que a nivel mundial el suicidio constituyó 1.8% de la carga global de morbilidad. Mientras que para el 2020 representará 2.4%. En las últimas cifras de suicidio llevados a cabo por adolescentes, la ideación suicida se ha aumentado a nivel mundial, nacional y regional, sin ser la excepción el departamento del Tolima.

En Ibagué según Alvis, L. F., Soto, A. M. & Grisales, H. (2017) el intento de suicidio se presenta principalmente en mujeres, adultos jóvenes y adolescentes menores de 19 años. La intoxicación es el método más utilizado:

[...] la conducta suicida se caracteriza por depresión aguda grave, sentimientos de devaluación, desamparo, desesperanza, culpabilidad, rabia, impotencia y angustia. Lo cual se acompaña de ideas suicidas y acopio de medios para autolesionarse. Habitualmente estas personas se encuentran en un medio familiar desorganizado y caótico con ausencia de red social de apoyo. (Revé, 2017).

## **Marco teórico**

Desde la antigüedad, se han registrado suicidios que han impactado a la humanidad y miles que han pasado dentro y fuera de las estadísticas. Por siglos ha venido presentándose este fenómeno con la misma complejidad que conlleva actualmente. Según diversos estudios es a partir del siglo XIX que el suicidio se empieza a mirar como materia de investigación. Desde diversos campos científicos, la sociología, la biología, la psicología y la psiquiatría han indagado sobre este fenómeno presentando diversas teorías.

De este modo, Pérez (2016) Hace referencia a algunos planteamientos teóricos que hablan sobre el suicidio.

### **Teoría Sociológica.**

Durkheim quien creía que el suicidio es el resultado de las alteraciones que se generan en la interacción del individuo con la sociedad. No son los sujetos, en sí mismos, los que se suicidan sino la propia sociedad. Lo considera un fenómeno social resultado de la fuerza o debilidad de la sociedad sobre el individuo. (Alvira Martin & Blanco Moreno, 1998). Así mismo, (Douglas, 1975) crítica los significados sociales que Durkheim da para el suicidio, no se comparte la idea de una realidad social diferente a las realidades individuales. Pérez (2016 Pág70).

Así mismo, Chávez, Hernández y Leenaars, (2010) indicaron que Shneidman “consideraba el suicidio como la resultante de los efectos que las dinámicas comunitarias tenían sobre la psique

individual. Propuso explicar el suicidio como una reacción ante un dolor psicológico resultante de las necesidades psicológicas insatisfechas” citado por Arango y Rodríguez, (2013p.62).

Del mismo modo, la teoría de la subcultura, (Halbwachs, 1930) es contraria a conclusiones establecidas por Durkheim en la teoría sociocultural en concreto acerca de dos conclusiones, la relación del suicidio con las crisis económicas y la relación de los problemas sociales y el suicidio. En esta teoría, las diferencias estaban en la cultura, o lo que ellos llamaron modos de vida. No todo es fenómeno social sino que el suicidio tiene que ver de manera importante con motivos y situaciones de los sujetos. Citado por Pérez (2016 Pág. 72).

Por otro lado, (Amita & Apter, 2012) citados por Pérez (2016) indican que las actuales investigaciones sobre aspectos sociales en la conducta suicida se han encontrado diversos factores. Entre estos factores de riesgo, factores sociales. “Nuevos factores como orientación sexual, medios de comunicación, contagio suicida, factores clásicos en estudios de esta conducta como edad, sexo, status socioeconómico”.

### **Teorías psiquiátricas y psicológicas del suicidio.**

Con la psiquiatría aparece el estudio científico del suicidio en el siglo XIX ya que la conducta suicida fue considerada una enfermedad de la cual se ocupó la psiquiatría. Desde Burton en el siglo XVI se hace referencia al suicidio como una expresión de la melancolía dice (McDonald 2001). Así mismo en 1938 según Esquirol este se consideraba una muestra de cuadros de alienación que no se producía en personas sanas (Calcedo Ordoñez, 1992). Citado por Pérez, (2016 Pág. 74).

Así mismo, autores como (Brierre de Boismont, Dehaies. Sarró y de la Cruz, 1991) citados por Pérez. Explicaron que “el suicidio era la última manifestación de la desesperación, y el sufrimiento que tenía características universales”. Posteriormente la escuela frenológica busca la causa del suicidio a nivel cerebral. Así también Investigaciones en neurobiología muestran algunas correlaciones entre la depresión y la conducta suicida. Ezzell (2003) revela que fallas en los mecanismos de la serotonina produciría individuos propensos a la depresión y, por lo tanto, al suicidio. Para Gutiérrez-García y Contreras (2008) estas alteraciones serotoninérgicas derivan en una reducción de los mecanismos neuronales de control de la agresividad, lo que aumenta las probabilidades de presentación de un suicidio. (2016 Pág. 74). Así mismo en el estudio biológico del suicidio ha tenido gran influencia la “teoría monoaminérgica de la depresión” que implicaba a neurotransmisores, como la serotonina y noradrenalina discernir si el suicidio podía tener una base biológica diferente de los trastornos mentales.

### **Teoría psicoanalítica.**

Del mismo modo, el psicoanálisis plantea nuevas perspectivas sobre la conducta suicida “Freud relaciona el suicidio en el contexto de la pulsión de muerte y su relación con el instinto sexual o pulsión de vida y lo cataloga como un acto individual y único (Rodríguez Juan, 1997; Mac Donald, 2001)” citados por Pérez (2016 Pág. 75).

Así mismo, el autor cita a (Lacan, s.f., p. 136). Quien habla de los discursos y la vida psíquica tiene apoyo en un punto común que los dinamiza y es la estructura del vacío como una

salida viable a este impase estructural. En el *acting out*, el sujeto conserva al Otro, le hace un llamado para que responda por el lugar vacío que suscita el deseo, es un llamado al deseo del Otro, un llamado a la interpretación. En ciertas tentativas de suicidio, el sujeto hace exhibición y reclamo, intenta instaurar al Otro en su lugar de falta a través de sus tentativas de suicidio, por lo que podrían considerarse como *acting out*, que, más que estar decidido a la consumación del acto, como ya se dijo, es un llamado al Otro, para que dé respuesta por aquello que introduce el vacío, el objeto. Arango y Martínez. (2013).

### **Teoría cognitiva.**

Desde la psicología, son múltiples los factores de riesgo que interactúan estos factores de tipo biológico, social, cultural, ambiental, familiar y psicológico que se interrelacionan con patrones cognitivos, conductuales y emocionales.

Así mismo, la teoría cognitiva de Beck (Beck, Ester, Kovacs & Garrison, 1985). Expone que la sintomatología depresiva surge progresivamente de patrones cognitivos negativos y distorsionados, a través de lo que denomina la Tríada Cognitiva, en la que incluye: una visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa y una visión negativa acerca del mundo. Las ideas de suicidio surgen como una expresión extrema de un deseo de escapar a problemas o situaciones que la persona concibe como intolerables, insostenibles e irresolubles. La persona puede llegar a verse a sí mismo como una carga inútil, por lo que piensa que lo mejor para todos y para sí mismo sería estar muerto. Aparece el concepto de desesperanza,

que sería un sistema de esquemas cognitivos sobre expectativas negativas de futuro (Hernández, 1997). Citado por Pérez, (2016 Pág. 74).

Para concluir, en el marco teórico solo se expusieron unas pocas teorías que enmarcan este estudio ya que son múltiples las investigaciones y teorías que se han realizado con el fin de establecer claridad en el fenómeno de las conductas parasuicidas las cuales representan diversidad de conclusiones e interrogantes.

A continuación se exponen los conceptos más relevantes en la presente investigación.

### **Conceptos Básicos**

**Parasuicidio:** define el parasuicidio como aquellas conductas que en sí mismas no se realizan con el fin explícito y/o concreto de provocar la destrucción del sujeto mismo de una manera directa, sino más bien aquella conducta que se realiza de manera intencional para conseguir un fin diferente pero que lleva consigo una alta probabilidad de llevar a un suicidio consumado. Guerrero (2013)

**Adolescente:** Según la UNICEF, la adolescencia se interpreta como una etapa de transición del niño a la juventud. En ella se dan cambios físicos, psicológicos y conductuales. Estos cambios van a contribuir en el desarrollo emocional del sujeto (2011).

**Familia:** Bajo el término de familia se pueden clasificar toda una serie de grupos humanos de disímiles características definidas por variables estructurales (número de miembros, vínculos generacionales, número de hijos, edad, sexo) y variables sociopsicológicas (normas, valores,

ideología, hábitos de vida, comunicación, roles, límites, espacios). La familia es un objeto de estudio bidimensional, su funcionamiento opera en dos niveles: en calidad de institución social, cuya vida y forma está determinada por la sociedad donde se inserta, y como unidad psicológica particular como microsistema con una especificidad propia que la hace única e irrepetible, portadora de un sistema peculiar de códigos, puntos de interacción y estilos comunicativos. La estructura de la familia comprende varios aspectos: tipos de familias, ciclo vital, crisis, funciones de la familia y condiciones socioeconómicas. Existen varios criterios para clasificar la familia: 1. Por el número de miembros que da lugar al tamaño de la familia: Familia grande: más de 6 miembros, familia mediana: entre 4 y 6 miembros, familia pequeña: entre 1 y 3 miembros. Por la ontogénesis de la familia. a. Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos. Si la pareja sufrió muerte, separación o divorcio de uno de los dos cónyuges y es nuclear, puede nominarse familia monoparental. b. Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados con descendencia o sin ella. Es válido aclarar que el término familia extensa también alude a los padres, hermanos y abuelos, a la familia de origen – que toda persona tiene – aunque se viva en una familia de estructura típica nuclear. c. Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos. Valladares, A (2008).

**Factores protectores:** Se entiende por factores protectores a todos aquellos elementos, circunstanciales o personales, que posibilitan la salud integral, la calidad de vida y el desarrollo de una persona. Algunos de los elementos se denominan factores internos y radican en la persona misma (estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía) y otros conocidos como factores externos, ubicados en distintos escenarios como la familia y la

comunidad y a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños como los son la familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o adecuada integración social y laboral. Los factores de protección pueden convertirse en conductas de protección que se definen como aquellos comportamientos que, a diferencia de los factores de protección, dependen de los individuos y que los aleja de riesgos o daños. Campos, R; (2009).

**Factores de riesgo:** Los factores de riesgo se refieren a cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. Valverde et al (2001) los definen como todos aquellos determinantes que están en el ambiente, que no dependen de los sujetos y que aumentan la probabilidad de que ocurra, en el corto, mediano o largo plazo, algún evento dañino. Los factores de riesgo son aquellas conductas que pueden comprometer la salud, el bienestar o la adaptación social y que si están presentes, se asocian a un incremento de la probabilidad de que sucedan hechos negativos o indeseables. Según Shaffer (2001), se debe considerar, antes que todo, que los factores de riesgo suicida son **individuales**, ya que lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representarlo. También se consideran de carácter **generacional**, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez y por otra parte son **genéricos**, ya que la mujer tendrá factores de riesgo en relación a su condición, que la diferencian de los factores para el hombre. Por último se considera que están condicionados **culturalmente**, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras. Según la OMS (2014) entre múltiples factores establece el desempleo, la pérdida de personas queridas, las discusiones con familia y amigos, la ruptura de relaciones, los problemas legales, laborales o financieros, el abuso de alcohol y drogas, los



antecedentes de abusos físicos y/o sexuales en la infancia, el aislamiento social, los trastornos mentales y las enfermedades somáticas. También se consideran factores de riesgo suicida las tentativas previas de suicidio y una historia familiar de suicidio y/o enfermedad mental etc. Campos, R. (2009).

**Conductas de riesgo:** se definen como los comportamientos que dependen de los individuos (a diferencia de los factores de riesgo) y que generalmente son funcionales en las personas, es decir, tienen una intención, o lo que es lo mismo, se dirigen a metas, conscientes o inconscientes. Campos, R.(2009).

**Ideación suicida:** Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” (Min salud, 2018).

**Comportamiento auto lesivo:** (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado, etc.). Este tipo de conducta se caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos para infligirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo, autolesión para infligirse daño corporal sin intención suicida, (MINSALUD, 2018).

**El plan suicida:** Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo,

elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento, (Min salud 2018).

**La conducta suicida:** Según MINSALUD, (2018) es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015).

**Intento de suicidio:** Un acto con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por la persona con intención de morir y que le causa algún tipo de lesión (tentativa). Esta conducta se contempla hoy día como la más predictiva de suicidio consumado (Lopez-Castroman et al., 2015; WHO, 2014).

**El suicidio:** Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o corto punzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias, (MINSALUD, 2018).

Lo anterior, planteado desde una diversidad de miradas que si bien unas se contradicen y otras se respaldan se buscó plasmar los diversos conceptos que dan claridad a la temática acá

expuesta ya que se tiende a confundir unos conceptos con otros. Por otra parte, se expone a continuación la metodología que se aplicó en esta investigación.

### **Metodología**

El proyecto corresponde al enfoque cualitativo de la investigación de tipo descriptivo, la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Punch, 2014; Lichtman, 2013; Morse, 2012; Morse, 2003). En cuanto a la Investigación descriptiva, esta busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003; citado por Parra & Narváez, 2010).

### **Técnicas e Instrumentos.**

Este estudio se realizó teniendo en cuenta principalmente la parte ética de la investigación sustentada en los principios establecidos en la ley 1090 de 2006 y en la resolución 008430 de 1993, las cuales regulan el ejercicio de la profesión psicológica en Colombia, así como la investigación en el mismo campo. Así mismo, para la aplicación de los instrumentos, recolección de datos se tuvo en cuenta la total confidencialidad, manteniendo el anonimato de las personas participantes. También, se informó a los padres de familia el propósito de la investigación donde se dio a conocer

el consentimiento informado (anexo1) quienes procedieron a firmar. A continuación se describen los instrumentos aplicados a la población.

Escala de Beck o Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) se aplicó a los participantes de las instituciones educativas Alberto Castilla y German Pardo con el objetivo de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse (Anexo 2).

Entrevista semiestructurada, según Serrano, (2010) es un cuestionamiento que permite expresar de manera directa experiencias. Para este caso características únicas con respecto al *parasuicidio* que los participantes expusieron. Al describir acciones que realizaron antes, durante y después de la experiencia incluyendo factores socios emocionales, conductuales y cognitivos (Anexo 3).

Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente IRSA, dicho cuestionario diseñado para detección de autolesión en adolescentes Self-Harmel, cuestionario sociodemográfico y áreas de ajuste cognitiva, emocional y conductual, el cual será ajustado para el presente proyecto de investigación. El cuestionario realizado consiste en un conjunto de ítems de auto aplicación que podrán ser respondidos de forma afirmativa o negativa (Sí o No) agrupados en 7 ámbitos. Factores de riesgo no modificables (antecedentes), factores modificables, depresión /ansiedad, ideación suicida, factores precipitantes, creencias y factores protectores, (Anexo 4).

**Población.**

La investigación se realizó en una población de 21 estudiantes entre 12 y 17 años. *Adolescente de las instituciones educativas Alberto Castilla y Germán Pardo en la ciudad de Ibagué.* Dichos adolescentes presentaron conductas parasuicidas, identificados o remitidos por los psico-orientadores de dos instituciones educativas públicas de la ciudad de Ibagué. Así mismo, dentro de las principales características de la población se encuentra que, 17 de los participantes pertenecen al estrato dos representando el 81% de la población total, su estructura familiar es extensa en la mayoría, el trabajo de sus padres es informal.

**Procedimiento:**

El desarrollo del presente proyecto de investigación, se realizó a través del direccionamiento en las siguientes fases:

Fase 1: Reconocimiento: Se identificó la población sujeta de estudio.

Fase 2: Planeación: Se formuló el cronograma de actividades para el diseño de los instrumentos, de acuerdo con la revisión teórica que soporta el presente ejercicio investigativo desde los aspectos disciplinares y operacionales.

Fase 3: Ejecución: Aplicación de instrumentos, Interpretación y análisis de los resultados obtenidos, tomando como referente los objetivos planteados.

Fase 4: Socialización: Presentación de los resultados obtenidos a través del proceso investigativo a la comunidad en general.

A continuación, la tabla 1, indica que la población es de 22 participantes. Los cuales 12 pertenecen a la institución educativa Alberto Castilla y 9 pertenecen a la institución educativa German Pardo García. La población se encuentra en edad entre 11 a 17 años. 17 participantes están vinculados al estrato 2 del sisben, 3 pertenecen al estrato 1 y uno pertenece al estrato 3 y su nivel académico esta entre 6° grado y 10°, se distribuyen en 15 participantes de sexo femenino y 7 de sexo masculino.

*Tabla 1. Caracterización de los participantes.*

<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>CURSO</b>	<b>ESTRATO</b>
<b>1. E. U</b>	12 años	6° grado	2
<b>2. B. C</b>	13 años	7° grado	2
<b>3. A.M. T</b>	13 años	7° grado	2
<b>4. A.V</b>	15 años	8° grado	2
<b>6. K.F. T</b>	12 años	7° grado	2
<b>7. G.U</b>	12 años	7° grado	2
<b>8. B. K. H</b>	13 años	8° grado	2
<b>9. N. S</b>	13 años	7° grado	1
<b>10. Y. H</b>	17 años	9° grado	2

<b>11. K. R</b>	15 años	10°	2
<b>12. B. E.</b>	14 años	9°	2
<b>13. M. F.</b>	12 años	6°	1
<b>14. J. R</b>	17 años	8°	2
<b>15. D.S</b>	14 años	7°	3
<b>16. L. M. C</b>	13 Años	6°	2
<b>17. A. M</b>	15 Años	7°	2
<b>18. Y. A. C</b>	14 Años	7°	2
<b>19. A. M. R</b>	14 Años	7°	1
<b>20. Y.M</b>	14 Años	7°	2
<b>21. A. C. A</b>	14 Años	7°	2
<b>22. V. A</b>	11 Años	6°	2

## Análisis de resultados

### Escala de Ideación Suicida Beck (1979).

A continuación, se describen los resultados de la presente investigación los cuales se van presentando acorde a cada una de las técnicas e instrumentos empleadas en la población: Se aplicó, la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) a 21 participantes de las Instituciones educativas Alberto Castilla y German Pardo en la ciudad de Ibagué. Esta escala se aplicó con el objetivo de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Esta escala recoge las siguientes características: actitud hacia la vida / muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, Beck (1979). Tabla 2 y 3.

En la tabla 2, se expusieron los resultados totales de cada uno de los participantes de la institución educativa Alberto Castilla. Se encontró según esta escala que de los 11 participantes, solo un participante no presento ningún riesgo lo contrario los otros 10 presentan riesgo de suicidio puesto que en cada una de sus características presenta puntaje mayor de 1 se observó riesgo bajo, medio y alto. Siendo el riesgo alto el que prevalece en la población objeto de estudio.

*Tabla 2.*

*Escala de Ideación Suicida institución educativa Alberto Castilla.*

Nombre	Edad	Grado	Puntuación sección actitud hacia la vida / muerte.	Puntuación sección pensamientos / deseos suicidas.	Puntuación sección proyecto de intento de suicidio.	Puntuación sección realización del intento proyectado .	Puntuación total
--------	------	-------	---	---	--	--	---------------------



<b>E. U</b>	12 años	6°	6	4	1	3	14
<b>B. C</b>	13 años	7°	5	5	2	0	12
<b>A. M.</b>	13 años	7°	9	7	3	0	19
<b>A.V.</b>	15 años	8°	5	8	5	1	21
<b>K. F.</b>	12 años	7°	0	0	0	0	0
<b>G. U</b>	12 años	8°	5	2	1	2	5
<b>B. K</b>	13 años	8°	3	5	4	3	17
<b>N. S</b>	13 años	7°	4	2	3	4	15
<b>Y. H</b>	17 años	9°	6	6	3	1	17
<b>K. R</b>	15 años	10°	4	9	5	5	23
<b>B. S</b>	14 años	9°	5	6	0	2	13
<b>M. F</b>	12 años	6°	3	1	2	0	7

Como se muestra en la tabla 3, se expusieron los resultados totales de cada uno de los participantes de la institución educativa German Pardo. Se encontró según esta escala que de los nueve participantes uno no presenta riesgo de suicidio. Así mismo, se observó mayor prevalencia en el riesgo bajo y además se encontró que tres adolescentes presentan alto riesgo de suicidio.

*Tabla 3.*

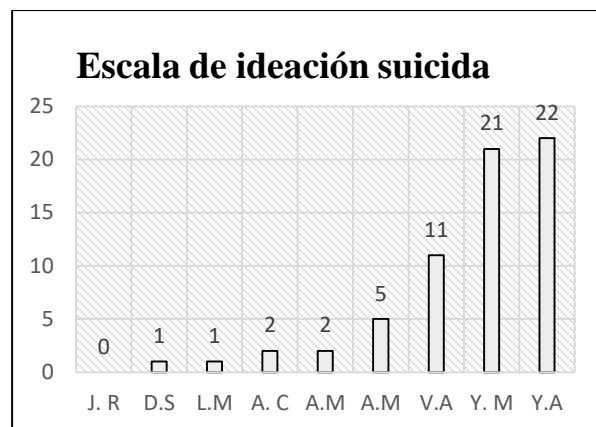
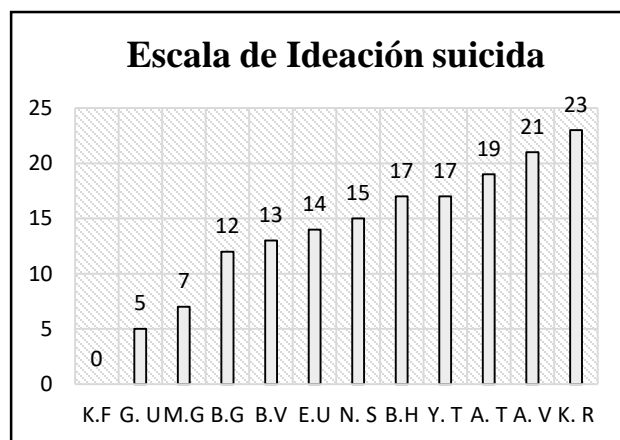
*Escala de Ideación Suicida institución educativa Germán Pardo García*

De acuerdo con lo anterior, las gráficas 1 y 2 muestran la puntuación total de la escala de ideación suicida. Donde se evaluó el grado de intencionalidad e intensidad con el que los participantes pensaron en suicidarse. Se resaltan los siguientes resultados: de los 22 participantes de la institución educativa Alberto Castilla y German Pardo un participante de cada institución no presenta riesgo de suicidio, así mismo en la institución Alberto Castilla se observa que 2 están en riesgo medio, pero 9 se encuentran en riesgo alto de suicidio. Así también, en la institución German pardo 5 Se encontraron en riesgo medio y 3 están en alto riesgo.

*Grafica 1. Puntuación total Alberto Castilla.*

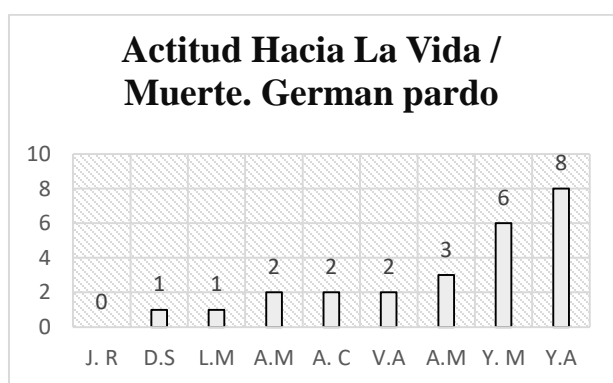
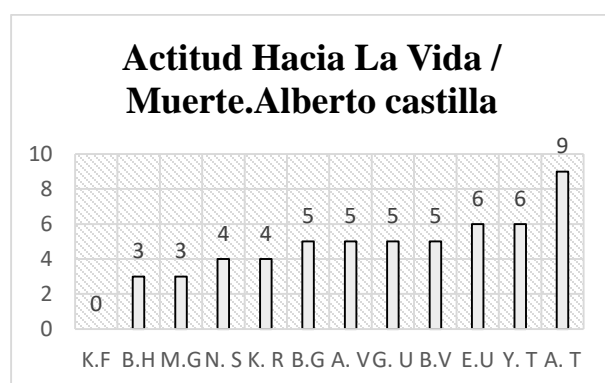
*Grafica 2. Puntuación total German Pardo.*

	Nombre	Edad	Curso	Puntuación Sección Actitud Hacia La Vida / Muerte.	Puntuación Sección Pensamientos / Deseos Suicidas.	Puntuación Sección Proyecto de intento de suicidio.	Puntuación Sección Realización del intento proyectado.	Total
1	J. R.	17 años	8°	0	0	0	0	0
2	D. S.	14 años	7°	1	0	0	0	1
3	L. M.	13 Años	6°	1	0	0	0	1
4	A. M.	15 Años	7°	2	0	0	0	2
5	Y. A.	14 Años	7°	8	9	4	0	22
6	A. M.	14 Años	7°	3	2	0	0	5
7	Y. M.	14 Años	7°	6	10	3	2	21
8	A. C.	14 Años	7°	2	0	0	0	2
9	V. A	11 Años	6°	2	5	4	0	11



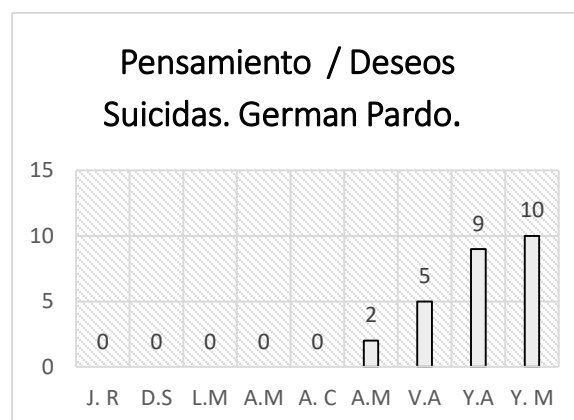
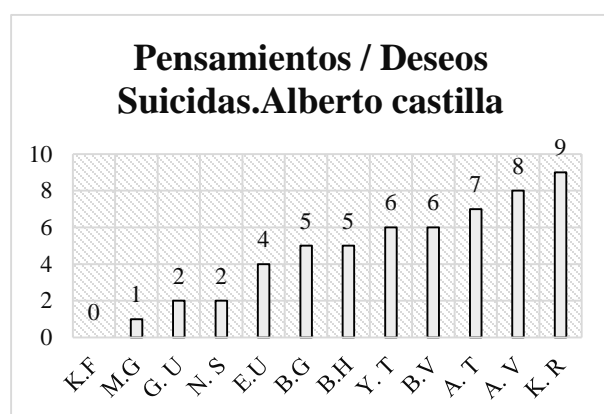
Por lo tanto, en las gráficas 3 y 4 se presentaron los datos obtenidos de los participantes en la sección de actitud frente a la vida y la muerte, se encontró que 20 participantes de las dos instituciones educativas presentaron una actitud negativa frente a la vida, percibieron desesperanza y pocas razones para aferrarse a la vida.

*Gráficas 3 y 4. Puntuación sección: actitud hacia la vida/muerte*



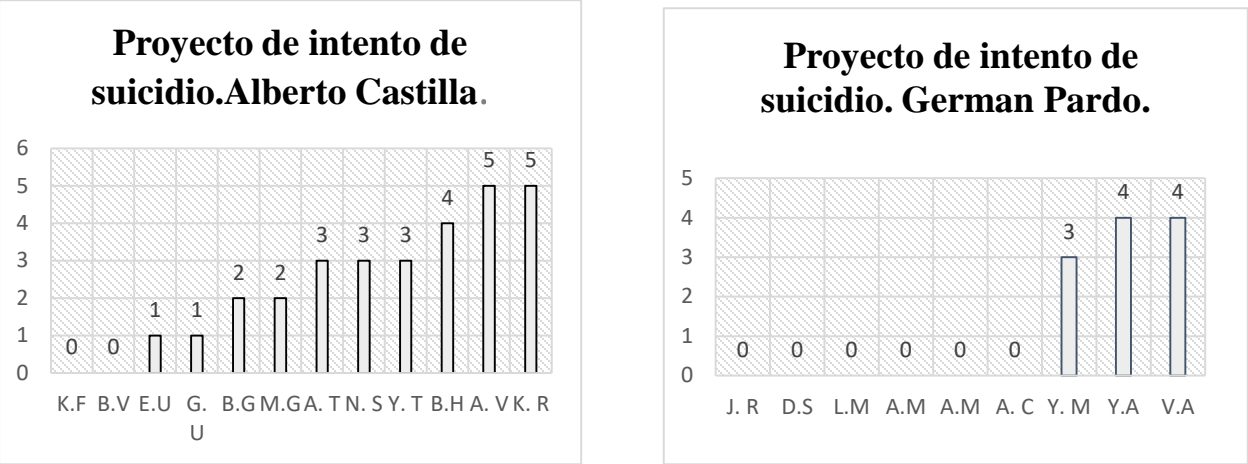
En la gráfica 5 se encuentra que, 11 de 12 participantes han presentado algún tipo de pensamiento e ideación suicida. Un participante no ha presentado ningún tipo de ideación suicida. Tres de los participantes de la población, presentan baja ideación suicida. Finalmente, 8 participantes se clasificaron con ideación suicida, con puntuaciones entre 4 y 9 lo cual los ubica en la categoría de riesgo de suicidio. Con respecto a la institución German Pardo, 4 participante no presentaron pensamiento suicida, al contrario los otros 4 presentaron ideación suicida.

Gráficas 5 y 6. . Puntuación sección pensamientos/deseos suicidas.



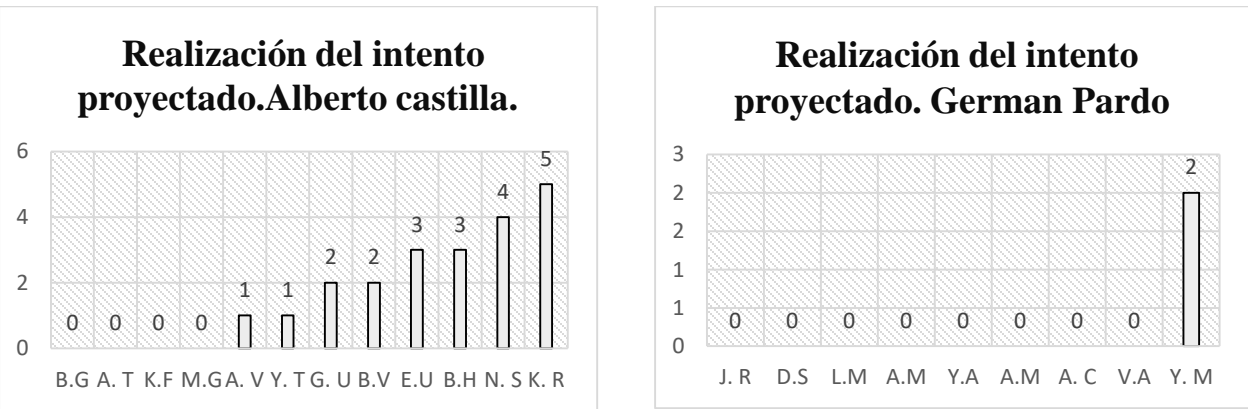
De acuerdo con el gráfico 7, se encontró que de 12 participantes 2 no realizaron ningún tipo de proyección de intento de suicidio. Por otro lado, los diez participantes restantes sí lo han proyectado. Por lo tanto, la población estudiada tuvo entre 1 y 5 intentos en proyecto lo cual indica conducta parasuicida. Con respecto a la gráfica 8, seis participantes de la institución German Pardo no realizaron ningún tipo de proyección de intento de suicidio. A diferencia de tres participantes restantes sí han proyectado alguna forma de intento de suicidio.

Gráfica 7 y 8. Puntuación sección: realización del intento proyectado.



Los siguientes datos clasificados en la gráficas 9 y 10, muestran que 8 de los 12 participantes de la institución educativa Alberto Castilla realizaron algún intento de suicidio. A diferencia de la institución German Pardo donde un participante realizo 2 intentos o la preparación real del intento proyectado.

Gráfica 9 y 10. Puntuación sección: realización del intento proyectado.



### **Entrevista semiestructurada.**

Se realizó la entrevista semiestructurada por la cual los participantes de las instituciones educativas Alberto Castilla y German Pardo expresaron de manera directa experiencias *parasuicidas*. Se llevó a cabo con el objetivo de identificar como ellos perciben antes, durante y después del hecho.

De acuerdo con lo anterior, en la dimensión cognitiva los participantes expresaron los pensamientos que influyeron al momento de la experiencia. Con respecto a esto, ellos no tienen claro el concepto de conducta auto lesivo. Por otro lado, seis de los adolescentes creían que su familia estaría mejor sin ellos. Al contrario, los otros seis cree que su familia no estaría bien sin ellos.

Con respecto a los pensamientos que prevalecen antes de llevar a cabo la conducta parasuicidas, ellos manifestaron que se relacionaba generalmente con sus familias, la rabia que sienten, otros lo hacen por experimentar, otros piensan en los problemas que tienen, algunos piensan en morir y otros en contra de su mamá, (*“pienso que no debería hacerlo”, “pienso que es una bobada”, “en la rabia”, “por experimentar”, “pienso en mi papá”, “pienso en suicidarme y morir”, “decepcionar a mi mamá”*).

Así mismo, la mayoría de los participantes *durante* su experiencia manifestaron que no pensaban en nada, *“no pienso en nada”*, algunos manifestaron sentir alivio, *“alivio”*, otros

pensaron en el dolor, uno de ellos pensó en su padre, y otro pensó hacer sentir mal a la mamá, “*solo hacerlo y ya por hacer sentir mal a mi mamá*”. También se evidencio en los participantes *después* de la experiencia parasuicidas un arrepentimiento. Así mismo la mayoría de sus pensamientos estaban relacionados con la familia. Dos de los participantes manifestaron tranquilidad y alivio después del intento.

Finalmente, todos los participantes tienen planes a futuro. Se expresó deseo de mejorar y continuar adelante. Aunque tres de ellos refieren que lo volvería a intentar por problemas familiares. El resto de participantes manifiesta no volver a intentar esa experiencia. Algunos por sus sueños y otros por su familia.

*Tabla 4.*

*Dimensión cognitiva institución educativa Alberto Castilla.*

Dimensión cognitiva					
	¿Qué información conoces frente a las conductas autolesivas?	¿Crees que tus seres queridos estarían mejor sin ti?	¿Qué pensamiento tienes antes, durante y después de la conducta autolesiva?	¿Cómo te ves en 6 meses?	¿Has pensado nuevamente en causarte daño físico? Por qué?
<b>E.U</b>	“Ninguna”	“Más o menos”	<b>Antes:</b> “pienso que no debería hacerlo”. <b>Durante:</b> “nada” <b>Después:</b> “no” “debería hacer”.	“Me imagino en otra ciudad”.	“No”
<b>B.C</b>	“No conozco”	“No”	<b>Antes:</b> “pensaba en el dolor”. <b>Durante:</b> “en nada” <b>Después:</b> “no pensé en nada”.	“Ganar el año”.	“No”
<b>A.M</b>	“Ninguna”	“Sí, si no estuviera se acabarían los problemas”.	<b>Antes:</b> “pienso que es una bobada”. <b>Durante:</b> “No pienso en nada”	“Me veo en un trabajo, ayudar a mi mamá”, “seguir estudiando”	“Si, por problemas familiares”.



			<b>Después:</b> “Me arrepiento”.		
<b>A.V</b>	“No, nunca”.	“Sí, me dicen que no sirvo para nada”.	<b>Antes:</b> “en la rabia”. <b>Durante:</b> “alivio” <b>Después:</b> “no me duele, me controlo”.	“No, lo he pensado, jugando y estudiando”.	“Si, seguir cortándome, porque me deprimó, y lo hago para desquitarme con migo mismo”.
<b>K.F</b>	“No ninguna”	“No, porque ellos demuestran que me quieren”.	<b>Antes:</b> “por experimentar”. <b>Durante:</b> “pensaba en el dolor”. <b>Después:</b> “pensaba en mi padre que se iba a sentir mal”.	“Viviendo con mi papá y estudiando”.	“No”.
<b>G.U</b>	“No sé nada”	“No”	<b>Antes:</b> “por experimentar con un amigo pensé que me iba a morir, porque me había cortado una vena y fue un rayón”. <b>Después:</b> “pensé que se me infectaba y nos tomamos fotos”.	“Sin información”	“No”,
<b>B.K</b>	“Se mucho, Sé que no debo atentar contra la vida /aunque lo hice”.	“Mi papá no estaría bien Y mi mamá sí”.	<b>Antes:</b> “pienso en mi papá”. <b>Durante:</b> “no siento nada”. <b>Después:</b> “llorar”	“Me veo en noveno feliz sin eso”.	“No”
<b>C. H</b>	“No conozco el tema. Me he cortado las muñecas”.	“Tengo dudas porque pienso morirme, es una solución pero los haría sufrir”.	<b>Antes:</b> “lo hice por rabia. No tenía con quien desquitarme”.	“Pienso seguir adelante”	“No porque me di cuenta que no es una solución”
<b>Y.T</b>	“No sé mucho, solo sé que se cortan, se pegan puños, y toman sustancias”	“No”,	<b>Antes:</b> “pasarla bien, no pensar en mis problemas, libero la presión que siento y me desestreso”. <b>Durante:</b> “me siento libre en ese momento.pienzo en cosas que posiblemente no hare”. <b>Después:</b> “nada sigo conversando con mis amigos porque me emborracho”.	“Me veo viajar con mi familia. Quiero mejorar”.	“No, no lo he hecho desde un tiempo, estoy tratando de cambiar”.
<b>K.R.</b>	“Ninguna información”	“Si, pienso que si no estuviera se acabarían los problemas”.	<b>Antes:</b> “pienso que es una bobada”. <b>Durante:</b> “no pienso en nada”. <b>Después:</b> “me arrepiento”.	“Me veo con un trabajo y ayudar a mi mamá”.	“Si, por problemas familiares”.

<b>B.S</b>	“No conozco nada, no sé qué es”.	“No, porque estarían triste, mi familia me quiere mucho”.	<b>Antes:</b> “pienso en suicidarme y morir”. <b>Durante:</b> “pienso en mis padres que se van a enojar”. <b>Después:</b> nada en que no lo quiero volver hacer.	“Me veo bien estudiando”.	“No, porque le haría falta a mis padres y tengo mucha vida por delante”.
<b>M.F.</b>	“No sé”,	“No porque les daría mucho dolor”.	<b>Antes:</b> “decepcionar a mi mamá”. <b>Durante:</b> “solo hacerlo y ya por hacer sentir mal a mi mamá”. <b>Después:</b> “estaba pensando en que le falle a mi mamá me sentí mal por lo que hice me arrepiento”.	“Mejor, en mi casa y bien, seguir estudiando, seguir mejorando”.	“No, ya no le encuentro sentido a la vida, soy importante en este mundo y tengo sueños que cumplir”.

Por otra parte, se realizó la misma entrevista en el colegio German Pardo. A ese respecto en la dimensión cognitiva los pensamientos que influyeron en los participantes al momento de estas experiencias en la mayoría tienen claro el concepto de conducta auto lesiva. Conocen acerca de los métodos y también las consecuencias “*Esto se da por muchos problemas, unos se matan, otros se cortan, se cuelgan, todo lo que uno hace es por problemas*”.

Por otro lado, los participantes del colegio German Pardo. Creen que su familia no estaría mejor sin ellos. “*Creo que no; porque una vez intenté suicidarme, y cuando desperté me di cuenta de que les había hecho mucho daño a mis seres queridos*”. Uno de ellos duda si su familia estaría bien si faltara.

Respecto a los pensamientos que prevalecieron en la mayoría de los participantes *antes* de llevar a cabo la conducta parasuicida estaba relacionada con su familia, la rabia, otros pensaron en los problemas que tienen, algunos pensaban que no querían vivir y otro participante pensaba en su padre por qué no lo tiene.

Así mismo, la mayoría de los participantes durante su experiencia manifestaron que no pensaban en nada, “*no pienso en nada*”, otros en morir, otros pensaron en ese momento en cortarse las venas y algunos pensaron que sería mejor no existir. Por lo tanto, se evidenció que después de esas experiencias sus pensamientos estuvieron relacionados con la familia. Además dos de los participantes manifestaron arrepentimiento y alivio.

Finalmente, todos los participantes tienen planes a futuro pensaron que su vida puede mejorar, continuar adelante y todos tienen planes con sus familias. “*Me veo muy bien con mi familia porque sé que todos vamos a estar juntos, en el colegio me veo en séptimo aunque voy perdiendo 7 materias*” Los participantes manifestaron no volver a intentar esa experiencia algunos por sus sueños y otros por su familia. Dos participantes refiere que si lo seguirá intentando por sus problemas. “*Sí, cortarme, estoy cansada, quiero irme de la casa*”

Tabla 5.

*Dimensión cognitiva institución educativa German Pardo.*

Dimensión cognitiva					
	¿Qué información conoces frente a las conductas autolesivas?	¿Crees que tus seres queridos estarían mejor sin ti?	¿Qué pensamiento tienes antes, durante y después de la conducta auto lesiva?	¿Cómo te ves en 6 meses?	¿Has pensado nuevamente en causarte daño físico? Por qué?

<b>JR</b>	“conozco personas que se suicidaron cortándose las venas”.	“Creo que no; porque una vez intenté suicidarme, y cuando desperté me di cuenta de que les había hecho mucho daño a mis seres queridos”.	<b>Antes:</b> “angustia, enojo conmigo, con mi padrastro con todos. Con mi padrastro porque él quería que todo se hiciera como él quería”. <b>Durante:</b> “pensamientos de enojo traía los hechos a mi memoria”. <b>Después:</b> “pensaba en el dolor que le ocasionaba a mi seres queridos”.	“Estudiando, cursando noveno, y a nivel familiar; bien.”	“Alguna vez lo pensé, pero fue un pensamiento vago, fue hace como 10 (diez) meses.”
<b>D.S</b>	“Cortarse, hay gente que se golpea”	“No, porque les haría falta”	<b>Antes:</b> “Me dan celos de mi hermano porque a él le dan de todo y cuando yo pido algo no me lo dan” <b>Durante:</b> “Nada” <b>Después:</b> “Descanso”	“Con mi familia me veo mejor, más unidos, en el colegio iniciando octavo y con mis amigos me veo mejor”	“No, porque le estoy haciendo mal a mi cuerpo”
<b>L.M</b>	“No mucha, es tratarse de suicidar, cortarse, tomarse algún medicamento para hacerse daño”	“No, porque si me hago daño, les hago daño a mi papá y a mi mamá”.	<b>Antes:</b> “En que debería hacerlo porque me sentía mejor si no estaban conmigo” <b>Durante:</b> “Nada, sólo pensaba en tomarlas” <b>Después:</b> “Pensé en que no debía haberlo hecho porque me sentía muy mal”	“Me veo muy bien con mi familia porque sé que todos vamos a estar juntos, en el colegio me veo en séptimo aunque voy perdiendo 7 materias”	“No, porque me estoy haciendo daño, también a mi papá, a mi mamá y a mis hermanos porque me tienen afecto y le haré daño a cualquier persona que me quiera”.
<b>A.M</b>	“Esto se da por muchos problemas, unos se matan, otros se cortan, se cuelgan, todo lo que uno hace es por problemas”	“No, porque mi hermano el que tiene ahora 22 años se colgó y fue muy feo, estuvimos muy mal, mis hermanos lo rescataron a tiempo”.	<b>Antes:</b> “Recordaba las peleas que tenía con mi mamá por las cosas que tocaba hacer en la casa, todos los problemas eran sobre el oficio de la casa” <b>Durante:</b> “Me quería morir” <b>Después:</b> “Muerte”.	“No sé, seguir estudiando, posiblemente validando mis estudios, no sé porque mi mamá se quiere ir de la ciudad”.	“No, siempre me freno por mi mamá porque ha cambiado bastante, así a veces lo piense, siempre he estado con ella. Mi último pensamiento fue hace 2 semanas”.
<b>Y.A</b>	“Mi mamá me ha leído sobre el Cutting, que es dañino, que me estoy perjudicando, acabado con mi vida lentamente”	“Alguno sí, como mi tío y mi abuela, estoy que me voy de la casa por mi tío y mi abuela”.	<b>Antes:</b> “Quisiera no vivir” <b>Durante:</b> “nada” <b>Después:</b> “nada”	“Ni idea, me quiero ir de la casa a vivir con mi papá, así tenga que repetir el año o voy a validar”.	“Sí, cortarme, estoy cansada, quiero irme de la casa”
<b>A.M</b>	“Quitarse la vida, cortarse, consumir drogas ”	“No, porque les haré falta”	<b>Antes:</b> “Recordaba a mi papá porque no lo tengo a mi lado” <b>Durante:</b> “Nada” <b>Después:</b> “Que me estoy haciendo daño”	“Bien, con mi familia me veo bien, me veo en octavo y con mis amigos muy bien”	“No, porque le causó daño a mi cuerpo”

<b>Y.M</b>	“Es cortarse, ahorcarse, yo no sé más, tirarse de un balcón”	“No, porque mi mamá me ha dicho que yo soy el amor de su vida y si me hago daño ella va a sufrir, mi abuela me dice que soy la adoración de ella, mi tío y mi hermana también”	<b>Antes:</b> “Pienso cuando peleo con mi hermana, cuando mi mamá me regaña, cuando mi abuela me echa la culpa, pienso en la muerte de mi tío de hace un mes” <b>Durante:</b> “Pienso en cortarme las venas” <b>Después:</b> “Nada”	“con mi mamá no me veo bien por mi hermana por tantas peleas, con ella me veo igual, en el colegio me veo en octavo”	“No, porque estoy interactuando pero cuando no tengo nada por hacer me corto”
<b>A.C</b>	“Significa pegarle a otra persona, cuando meten marihuana se ponen agresivos, hay niños que se suicidan porque hay muchos problemas en la casa”	“No, porque me extrañarían mucho, porque soy la única mujer en la familia” y sería muy feo si yo no existiera”	Antes: “Pienso en mis papás porque peleaban mucho en la casa y mi papá me prohibió juntarme con una amiga y decía cosas que no me gustaba; mi papá a veces le pega a mi mamá” Durante: “Pienso en que es mejor no haber existido porque no había mucha comunicación en mi familia” Después: “Me arrepiento de haberlo hecho porque hay posibilidad de arreglar las cosas”.	“Me gustaría que compartiéramos más en familia, hacer la novena, ver películas, salir; en el colegio me veo en octavo”	“No, porque mi mamá me ha hecho ver muchas cosas, mis papás me han hablado, ya ellos hablan conmigo y no con golpes como lo hacían antes.
<b>V.A</b>	“No sé, creo que es verbal, psicológico, a golpes y no más”	“No lo sé porque a veces tengo muchos conflictos con mi familia como mi mamá, papá y primos y a veces con mis amigos”	Antes: “Pienso en las peleas con mis amigas porque se han portado raro y también en una pelea con mi mamá porque no había hecho una tarea y me dijo un montón de cosas” Durante: “Nada” Después: “Pienso que estaba mal hecho, eso no se hace”.	“De pronto hayan cambiado las cosas con mi papá, no sé con mis amigas porque son muy explosivas, me veo en séptimo; mi mamá no me apoya mucho”.	Sí, por los problemas que nunca hacen falta, mi papá nunca me ha apoyado con plata, mi mamá siempre me regaña y a veces mis amigas, a mi mamá a veces se le salta la rabia y pierde la noción del tiempo y dice que es mejor que me pegue”

A continuación, se describen en la tabla 6 y 7 los elementos que se encontraron en la dimensión emocional en los sujetos evaluados de las instituciones educativas Alberto Castilla y German Pardo. En esta dimensión se encuentran características afectivas que involucran los sentimientos en cada uno de ellos. Dichos estados emocionales influyen al momento de las

conductas autodestructivas. Se evidencio a través de sus respuestas que algunos sienten ser importantes y amados por su mamá, algunos por sus abuelos, otros por la familia y uno manifiesta que no se siente amado por nadie.

Así mismo, con respecto a los sentimientos que prevalecieron *antes* de llevar a cabo la conducta parasuicida los participantes manifestaron sentir rabia, tristeza, soledad, angustia. De igual manera *durante* la conducta parasuicida la mayoría expreso que no sentía nada, otra rabia y culpa. Así mismo *después* de esta conducta un participante manifestó alegría y al mismo tiempo tristeza, el resto de participantes manifestó arrepentimiento (culpa), para otro descanso y alivio.

En general, la mayoría de los adolescentes manifestaron que estos sentimientos estaban relacionados con la familia. Dos de ellos manifestaron sentimientos relacionados con sus amigos, uno con el colegio. "*casi siempre con los problemas de la casa y las peleas con mi papá*".

Tabla 6.

*Dimensión emocional institución educativa Alberto Castilla*

Dimensión Emocional				
	Te sientes importante y amado por alguien?	¿Cuáles son los sentimientos o emociones que te invaden antes durante y después de la conducta auto lesivo?	¿Estos sentimientos de auto lesión están relacionados con familia, colegio, amigos barrio otros? Cual?	¿Cómo te sentiste durante esta entrevista?
E.U	"Amigas mi mama más o menos".	Antes: "tristeza" Durante: "nada" Después: "entre alegría y tristeza".	"Familia. Porque mi papá nunca se la pasa conmigo, prefiere estar con su amigo. Y cuando está en la casa pasa mucho tiempo en el celular. Y con mi mamá me a paso mal."	"Normal"
B.C	"Si, por mi familia".	Antes: Durante: "en nada Nada lo hago y ya". Después:	"Yo lo hice por los amigos que se cortaban".	"Normal"

<b>A.M</b>	"sí, por mi mamá y mi hermano".	<b>Antes:</b> "triste". <b>Durante:</b> "rabia" <b>Después:</b> "tristeza".	"Con mi familia también, con mi novio".	"Muy bien"
<b>A.V</b>	"No me siento importante solo le importo a mi mamá"	<b>Antes:</b> "me siento sola". <b>Durante:</b> "nada". <b>Después:</b> "triste hasta que me duermo".	"casi siempre con los problemas de la casa y las peleas con mi papá".	"Normal "
<b>K.F</b>	"Sí, por mi familia. Mi mamá, mi papá, mi tía y mi hermana."	<b>Antes:</b> "conversábamos con unos amigos en clase, mientras íbamos hacerlo". <b>Durante:</b> "nos escondimos detrás de los pupitres mientras lo hacíamos en el salón". <b>Después:</b> "cambio de clase normal, no hubo sangrado."	<b>"No."</b>	"Bien."
<b>G.U</b>	Sin información	<b>Antes:</b> "por experimentar con un amigo no era con el fin de morirme". <b>Durante:</b> "ardor" <b>Después:</b> "me lamente".	"Amigos"	"Bien"
<b>B.K</b>	"Sí, por mi papá".	<b>Antes:</b> "que si me pasa algo más grave dejaría a mi papa sufriendo", <b>Durante:</b> "no siento nada". <b>Después:</b> "llorar"	"Familia".	"Bien, muy bien".
<b>C. H</b>	"Si por mis abuelos y mi mamá".	<b>Antes:</b> "Rabia y tristeza" <b>Durante:</b> "rabia" <b>Después:</b> "tristeza, me sentía mal"	"Colegio"	"Bien"
<b>Y.T</b>	"No, por nadie"	<b>Antes:</b> "felicidad" <b>Durante:</b> "a veces culpa o tristeza pero otras veces mucha felicidad, todo depende de la situación por la que esté pasando, por ejemplo sentí tristeza cuando se acabaron las cosas con mi novia". <b>Después:</b> "Siento descanso".	"Son varias cosas las que están ahí, una es mi novia por la ruptura, eso me dio muy duro, mi familia es la principal causa de que yo me emborrache, me siento diferente con ellos. No me parecían, siempre hay peleas, ellos son cristianos y yo lo respeto pero me quieren obligar a que sea de esa religión y eso no me gusta, también peleo mucho con mi hermano porque mi mamá es muy permisiva conmigo".	"Normal, bien"
<b>K.R.</b>	"Sí, por mi mamá y mi hermano".	<b>Antes:</b> "rabia" <b>Durante:</b> "No pienso en nada". <b>Después:</b> "me arrepiento".	"Bien",	
<b>B.S</b>	"Sí, por mis padres y toda mi familia, también por mi novia, ella está en octavo"	<b>Antes:</b> "siento dolor y tristeza". <b>Durante:</b> "No siento nada". <b>Después:</b> "nuevamente tristeza".	"Con mi familia también, con mi novio".	
<b>M.F.</b>	"No porque les daría mucho dolor".	<b>Antes:</b> <b>Durante:</b> "solo hacerlo y ya por hacer sentir mal a mi mamá".		"Mejor, en mi casa y bien, seguir estudiando,

		<b>Después:</b> “estaba pensando en que le falle a mi mamá me sentí mal por lo que hice me arrepiento”.		seguir mejorando”.
--	--	---	--	--------------------

Tabla 7.

*Dimensión emocional institución educativa German Pardo*

<b>Dimensión Emocional.</b>				
	<b>Te sientes importante y amado por alguien?</b>	<b>¿Cuáles son los sentimientos o emociones que te invaden antes durante y después de la conducta auto lesivo?</b>	<b>¿Estos sentimientos de auto lesión están relacionados con familia, colegio, amigos barrio otros? Cual?</b>	<b>¿Cómo te sentiste durante esta entrevista?</b>
<b>Y.R</b>	“Amado por mi mamá y mi hermana.”	<b>Antes:</b> “Ira, frustración e impotencia.” <b>Durante:</b> “Ira.” <b>Después:</b> “Culpa, tristeza.”	“Familia: por la relación conflictiva con el Ex – padrastro.”	“Incomodo; no me gusta hablar de eso.”
<b>D.S</b>	“Sí, por mi mamá, familia y amigos”	<b>Antes:</b> “Ira” <b>Durante:</b> “Ira” <b>Después:</b> “Tristeza”	“Son por mi familia, sobre todo por mi hermano”	“Sentía nervios porque nunca me habían preguntado sobre eso”
<b>L.M</b>	“Sí, por mi mamá, mi papá, hermanos, mi mejor amigo, por el profesor de fútbol y la profe Jimena”	<b>Antes:</b> “Tristeza” <b>Durante:</b> “Tristeza” <b>Después:</b> “Tristeza”	“Todo fue por mi familia, porque mis papás peleaban mucho por la separación, peleaban porque mi mamá trabajaba de 12 a 12 y casi todas las noches llegaba llorando porque peleaba con mi papá”	“Normal, me sentí bien porque pude hablar sinceramente”
<b>A.M</b>	“Sí, por Andrés mi novio (15 años), llevamos 9 meses y a veces por mi cuñada que tiene 25 años”	<b>Antes:</b> “triste, sola, vacía porque mi papá nunca ha vivido conmigo, nunca nos ha ayudado en lo económico” <b>Durante:</b> “tristeza” <b>Después:</b> “Alivio”	“Familia, sobre todo con mi papá, él tuvo un intento de suicidio, también he tenido a veces peleas con mi mamá y mi prima”	“Bien, me siento bien porque he dicho lo que nunca he contado a los demás”
<b>Y.A</b>	“Sí, mi mamá y mi novio, tiene 15 años, está en décimo y llevamos 4 meses”	<b>Antes:</b> “Felicidad” <b>Durante:</b> “Mal genio” <b>Después:</b> “Tranquilidad”	“Son por mi familia, sobre todo mi tío y mi abuela porque dicen que yo non colaboro con nada en la casa, no me	“Bien”



			gusta en la forma en como ellos lo dicen, mi tío me dice tonta, me grita y dice groserías”	
<b>A.M</b>	“Sí, por mi abuela, mi tío y mi mamá”	<b>Antes:</b> “Tristeza” <b>Durante:</b> “Dolor” <b>Después:</b> “Tristeza”	“Son por mi familia, por mi papá me hace falta”	“Muy bien, un poco nerviosa”
<b>J.M</b>	“Sí, mi abuela, mi mamá, papá, por mi tío, mi novio y los amigos de mi mamá”	<b>Antes:</b> “Alegría, rabia y tristeza” <b>Durante:</b> “Nervios” <b>Después:</b> “Dolor y tranquilidad”	“Me gusta cortarme, por mi abuela, ash ... es un fastidio”	“Normal, un poco incómoda por las preguntas”
<b>A.C</b>	“Sí, por mi mejor amigos, parecemos hermanos, por una amiga del colegio INEM y por mi familia”	<b>Antes:</b> “Tristeza, me deprimó, siento un vacío y a veces me pongo a llorar” <b>Durante:</b> “Liberación” <b>Después:</b> “Culpa porque la embarré”	“Con mi familia porque uno de mis hermanos consumo y a veces se pone violento y tiene riñas, también sufro de bullying porque hay una niña en el salón que me mira mal y me ha tirado cosas y halado el cabello”	“Bien, normal”
<b>V.A</b>	“De pronto por mi mamá, me siento amada por mi abuela”	<b>Antes:</b> “Rabia, tristeza y ganas de llorar” <b>Durante:</b> “Culpa” <b>Después:</b> “Como un relajo pero luego se me sube la tensión. A veces pateo las almohadas y soy muy bipolar y se me vienen los recuerdos, me pongo triste y me distancio de todos”	“Es por mi familia, mi papá y mi mamá. A veces me siento inútil con ganas de cerrar los ojos y nunca abrirlos, me digo que soy un estorbo porque no ayudo a la casa cuando mi mamá llega porque hago tareas”	“Descargué algunas cosas que tenía, me siento mejor”

Al mismo tiempo, con respecto a la dimensión conductual. Esta se refiere a las acciones de los participantes ante la experiencia *parasuicida*. En este orden de ideas. Al preguntar a los participantes de la institución Alberto Castilla si buscaron alguna información con respecto a la conducta suicida? Los participantes manifestaron en la mayoría no buscar información al respecto. Otros buscaron información con los amigos y algunos en internet y redes sociales.

Con respecto a lo anterior, se describe los comportamientos que tenía los participantes de la institución *antes* de esta experiencia. Ellos expresaron confusión con respecto a su comportamiento. No se expresa directamente el comportamiento pero la mayoría dice que se

sienten “normal”, otros se encierran o se aíslan. *Durante* la experiencia manifestaron una conducta normal y algunos se encierran. Y *después* manifestaron comportamiento “normal”, otros buscan ocultarse o aislarse. Tabla8.

Tabla 8.

*Dimensión conductual institución educativa Alberto Castilla*

	Dimensión comportamental.		
Participante	¿Busca información frente a las conductas auto lesivo? (Es decir medios de comunicación, redes sociales, amigos, y otros).	¿Puede describir los comportamientos antes durante y después de la conducta auto lesivo?	Preguntas y respuestas adicionales que surgieron durante la entrevista en esta dimension.
E.U	“No”	“Antes: compro la cuchilla en la tienda un día antes y sigo con mi comportamiento normal. Durante: no me oculto lo hago en el salón enfrente de los demás, algunos saben y no dicen nada. Después: sigo normal como si nada hubiera pasado.”	
B.C	"He mirado a mis amigos".	"Enfrentar el llamado del profe porque un compañero me vio y le conto y luego enfrentar a mi mamá".	
A.M	"No, ninguna influencia de nadie".	"Me encierro, durante me encierro y después igual".	
A.V	"Nunca la he buscado me entere por amigas que lo hacían"	"Antes me aísló, después lloro y duermo".	
K.F	“Ninguno.”	Antes: “ninguno que recuerde”. Durante: “me sentía nervioso”. Después: “miedo.”	
G.U	"google, fotos"	"Antes normal en clase y mi amigo con una lata me dijo que nos cortáramos. Durante	
B.K	"Redes sociales "	"Antes normal, pero miedo y después igual".	

C.H	“No ninguno, en el Facebook encontré una imagen que decía (“¿sabes por qué la gente se corta? Porque pueden soportar el dolor se sus cortadas, y no el de su corazón.”), yo lo hice no por el dolor del corazón sino por motivo de rabia”.	Antes: “me acorde de la imagen del Facebook, mi abuelo tenía la cuchilla de afeitar y me corte dos veces y sentí dolor”.  Durante: “Sentía dolor físico”.  Después: “Trataba de ocultar mis heridas, que mis abuelos no se dieran cuenta porque me daba cosa”.	
Y.T	No he buscado información, pero mis amigos me han contado”	Antes: “Me siento a esperar a que lleguen mis amigos con el trago porque yo soy menor de edad y ellos si pueden comprar el trago”. Durante: “soy fastidioso, me gusta molestar a mis amigos chévere, digo muchos chistes, la pasamos bien”. Después: “me quedo callado, trato de estabilizarme, me pongo a comer lo que halla, así sea salchichón con pan, escucho lo que hablan mis amigos y voy a vomitar, siempre voy a vomitar luego de cada borrachera”.	
K.R	No, ninguna influencia de nadie.	“Antes me encierro, durante me encierro y después igual”.	
B.S	“No busco información”	“Antes de hacerlo porque sólo fue una sola vez, estaba chateando”. “Durante: “Estaba sentado en el patio de la casa, esperando que me hiciera efecto. ”Después: “luego de que me tomé el cloro me quedé sentado por unos minutos y luego boté baba, mucha baba blanca no recuerdo más”.	
M.F	“Nunca he escuchado eso”	“No lo planeaba, simplemente estaba indecisa si lo hacía o no lo hacía. Durante: “tristeza “Después: “Me sentía culpable, me quedaba quieta en mi cama, lo hice mientras mi mama dormía, lo hice 5 veces, y mi mama siempre se ponía a llorar”.	Aclara el entrevistador que "la estudiante no conoce el término de autolesión al inicio al inicio llego su negativa de autolesión después en el desarrollo de la entrevista fue más abierta y expresiva, confirmando que si se ha lesionado físicamente.

Así mismo, los participantes de la institución German Pardo al preguntar sobre que comportamiento tenía *antes* de la experiencia parasuicida los participantes expresaron que planearon el método. Su comportamiento son diversos particular en cada participante por ejemplo “esconde el veneno, acostarse en la cama, ir al baño, escuchar música depresiva, encerrarse en el

baño o en el cuarto, y “*pensar en todo lo que estoy haciendo, lo hago en mi cuarto y escucho música*”. Al preguntar a los participante su conducta *durante* la experiencia ellos manifiestan diversas acciones, entre ellas, “mezclar el veneno, pegarle a las paredes, tomar agua, nada, cantar, llorar”. Así mismo, estos participantes indican que *después* de la experiencia parasuicida escuchan música, otro manifestó que chatea en su celular, otro se va al salón, otro dice que va y comer, otro se tapa las heridas, otros votan las cuchillas y otra manifiesta que se desquita con las almohadas.

Tabla 9.

Tabla 9.

*Dimensión comportamental institución educativa German Pardo.*

Dimensión comportamental			
Participantes	¿Buscas información frente a la conducta auto lesiva? (Qué medios utiliza: web, redes sociales, amigos, otros).	¿Puede describir los comportamientos antes, durante y después de la conducta auto lesivo?	Preguntas y respuestas adicionales que surgieron durante la entrevista en esta dimensión.
Y.L	“No. Ninguna.”	Antes: “lo había planeado dos semanas antes, había apartado el veneno (Neguvón); lo guarde en mi habitación”. Durante: “Ese día discutí con mi padrastro, y él me gritó (pues mátese), luego se fue con mi hermana; y mezclé el veneno con mazamorra y lo ingerí”. Después: “Me senté en el sofá a escuchar música”.	¿Qué método fue el practicado en el intento suicida, y cuáles fueron las consecuencias? R/: El participante manifiesta que hubo un intento suicida con ingesta de veneno, producto de este evento quedo en coma y sufrió parálisis del cuerpo, actualmente se encuentra recuperándose, ha recuperado la movilidad parcial de sus extremidades, habilidades de habla y escucha, utiliza muletas para moverse, lo que es un avance para él.
D.S	“No, nunca he buscado información”	Antes: “Me acuesto en la cama” Durante: “Le pego a las paredes” Después: “Cojo el celular y me pongo a chatear”	El participante informa que golpea las paredes con puños.

L.M	“No”	Antes: “Estaba con mis amigos porque ellos me dijeron que para poderlo hacer, tenía que tomarme esas pastillas y me las tomé en los baños del colegio” Durante: “Tomaba agua y tomaba las pastillas” Después: “Me fui para el salón”	No registra.
A.M	“No”	Antes: “Estaba sola en la casa, ponía música de rap o música depresiva y buscaba la minora” Durante: “Cantar y llorar por los pensamientos que tenía” Después: “Comer”	Informa que la última vez que se cortó fue hace un año con una cuchilla minora.
Y.A	“No”	Antes: “Estoy en clase con mis amigas” Durante: “Nada, llorar algunas veces” Después: “Guardo la cuchilla”	Indica que se corta desde hace un año y lo ha hecho por más de 5 veces, por lo general lo pone en práctica median cuchillas minora o la cuchilla de los talajápiz.
A.R	“No, nunca”	Antes: “lo he hecho dos veces uno en la casa, me encerré en el baño y tomé un bisturí; el otro fue en el colegio estaba en el salón y tomé un bisturí” Durante: “Nada, solo me corto” Después: “Me ponía un saco para tapar las muñecas y jean para las piernas”	Informa que se ha cortado con un bisturí en las muñecas y en las piernas, la última vez fue hace 6 meses.
J.M	“No, nunca”	Antes: “Buscar el bisturí” Durante: “Sólo cortarme” Después: “Me hecho alcohol para que se desinfecte”	Informa que practica el Cutting y lo ha hecho por más de 5 veces, generalmente lo hace con un bisturí o con una cuchilla minora a su vez indicó que consumió sustancias psicoactivas como Dick, Marihuana, Crip y Popper así como gotas formuladas por el psiquiatra. Finalmente indica que el último episodio fue en las últimas 24 horas
A.C	“No”	Antes: “Me encerraba en el cuarto” Durante: “Me pongo a llorar y me cortaba” Después: “Me quitaba la sangre, me pongo pale y me hecho crema, me pongo a llorar, tomo la cuchilla y la boto”	Indica que puso en práctica el Cutting en 3 episodios, el último fue en enero del 2018 y lo lleva a cabo mediante una cuchilla minora.
V.A	“Una vez por Facebook, de unas cortadas, tengo el pantallazo en el celular”	Antes: “Pensar en todo lo que estoy haciendo, lo hago en mi cuarto y escucho música” Durante: “Nada, simplemente me corto” Después: “Me pongo brava y me desquito con las almohadas, escondo las cuchillas, a veces la boto”	Manifiesta que ha practicado el Cutting más de 5 veces y se rasguña a veces la cara, indica que esto lo lleva a práctica mediante la cuchilla del talajápiz.

### **Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente IRSA institución educativa Alberto Castilla y German Pardo.**

A continuación, se realiza la descripción de los resultados obtenidos a través del Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente IRSA en las instituciones educativas Alberto Castilla y German Pardo. Lo anterior con el objetivo de identificar y registrar factores de riesgo suicida en los adolescentes. En este cuestionario se identificó el área sociodemográfica, áreas cognitiva, emocional y conductual el cual será ajustado para el presente proyecto de investigación. Así mismo este instrumento mide siete ámbitos relacionado con el riesgo suicida, (*factores de riesgo modificable, no modificable, creencias, depresión/ansiedad, factores precipitantes, factores protectores*).

De acuerdo con lo anterior, se observó en el factor *de riesgo no modificable* que los participantes presentaron. Entre ellas, Ideación suicida, tentativa de suicidio, separación de los padres, un participante manifestó abuso sexual y uno de los participantes no evidencia factor de riesgo. Algo semejante ocurre con los participantes de la institución educativa German Pardo quienes presentaron intentos anteriores de suicidio, Ruptura / divorcio de padres, muertes de familiares por suicidio, diagnósticos psiquiátricos.

Así mismo, en la institución Alberto Castilla se encontró con respecto a los *factores de riesgo modificables* abuso de drogas y alcohol en dos participantes, Problemas académicos, sentirse presionados, dos de los participantes también manifestaron dificultades con la autoridades

y por último el factor de riesgo modificable que manifestaron los 11 participantes fue conflictos familiares. Con respecto a los participantes de la institución German Pardo. Se evidencio al igual que el anterior que algunos participantes consumen drogas, en otros lo más relevantes que se encontró fue falta de apoyo familiar, dificultades académicas (fracaso escolar o presión) disfunción familiar y conflicto con los cuidadores.

Así también, En la *sección de depresión y ansiedad* los participantes de las dos instituciones presentaron las siguientes características: desprecio propio, impulsividad, desregulación emocional, baja autoestima, soledad, inadaptación social, baja tolerancia a la frustración, impaciencia, inquietud constante, enojo, tristeza constante y desesperanza.

Por otra parte, En la *sección de ideación suicida* la mayoría de los participantes presento intención suicida, conductas autodestructivas, deseos de muerte, auto agresión. Uno de los participantes ha presentado solo ideación suicida. Una participante ha manifestado un plan suicida y por ultimo solo uno no presenta ningún tipo de ideación suicida.

Siguiendo el análisis, con respecto a los factores *precipitantes*, los participantes refieren estrés vital, pérdida de apoyo, confusión, ira, venganza, conflictos familiares. Dos participantes refieren como factor precipitante muerte de un familiar y ruptura de una relación. Contrario a la mayoría un adolescente no presento factores precipitantes.

En cuanto al *factor de creencias* se evidencia una visión negativa de sí mismos, insatisfacción en la vida, desesperanza, nada saldrá bien, nada cambiara, visualización de la muerte como una salida, para algunos vivir es insoportable. Visualizan la muerte como una solución aceptable a sus problemas. Contrario a lo anterior 5 participantes no presentaron creencias que afecten su vida.

Por último, se observa que, con respecto a los *factores protectores* los participantes no se sienten persona valiosa, argumentaron no tener apoyo familiar, baja autoestima, sentían incapacidad de realizar lo que se proponían hacer, sin interés por actividad alguna, sentían insatisfacción con la vida. En cambio, algunos participantes poseen factores protectores positivos con planes a futuro pero sin embargo se sienten solos. La mayoría presenta dificultades con su familia y falta de una red de apoyo.

El *parasuicidio* implica diferentes intenciones que en ocasiones son contradictorias como la esperanza de que no tenga consecuencias fatales. Es decir es un deseo de producir un cambio en la situación actual. Los motivos pueden variar desde solicitar ayuda o llamar la atención hasta comunicar la angustia. Todos ellos se pueden resumir como el deseo de producir un cambio en la situación actual, Lozano, C & cols (2004).



## Discusión

La presente investigación se realizó en una población adolescente *de las Instituciones educativas Alberto Castilla y Germán Pardo en la ciudad de Ibagué*. De los cuales se seleccionaron 21 estudiantes entre 12 y 17 años que presentaron conductas parasuicidas, identificados o remitidos por los psico-orientadores de las Instituciones Educativas públicas de la ciudad de Ibagué. Así mismo, dentro de las principales características de la población se encontró que, 17 de los participantes pertenecen al estrato 2 representando el 81% de la población total. La estructura familiar es monoparental, padres separados, familia extensa en la mayoría. Los padres económicamente dependen de la informalidad.

Considerando lo anterior, para comprender este fenómeno el termino parasuicidio de acuerdo con Lozano, C & cols (2004) fue introducido por Kreitman en 1964 como “todas aquellas conductas con o sin intención de morir que producen lesiones y cuyo resultado final no es la muerte, pero sí un conjunto de lesiones derivadas del acto mismo,” este término se utilizó con el fin de hacer aclaración, ya que había confusión entre intento de suicidio, conducta suicida o autolesiones. Es decir el *parasuicidio* son las diferentes conductas que paso a paso puede llevar a una persona al suicidio. De igual forma el parasuicidio es un “fenómeno social y complejo que involucra características psíquicas, cognitivas, emocionales y físicas con múltiples causas de acuerdo a la subjetividad y lo real en cada sujeto. Desde luego es un aviso preocupante, para la sociedad ya que este se constituye en un factor de *alto riesgo de suicidio* para los adolescentes que presentan vulnerabilidad emocional y factores precipitantes.

De acuerdo con lo anterior, esta investigación buscó *describir la experiencia del parasuicidio en población adolescente en las instituciones educativas Alberto Castilla y Germán Pardo en la ciudad de Ibagué*. Es así que, se encontraron conductas como ideación suicida, preparación del método, autolesiones, intento de suicidio, Por lo anterior se evidencio que los participantes tuvieron conductas *parasuicidas* siendo este “todas aquellas conductas intencionadas o no que producen lesiones y cuyo resultado final no es la muerte pero sí un conjunto de conductas derivadas del acto mismo” para apoyar dicha afirmación, se aplicó el instrumento de ideación suicida de Beck, donde se encontró que el 90.4% de la población está relacionada con riesgo de suicidio. Bajo riesgo el 9.5%, riesgo medio 33.3% y riesgo alto 57%.

En este estudio se evidenció en el 90.4% de la población una actitud negativa frente a la vida manifestando pocas razones para aferrarse a ella, percibieron desesperanza. Lo cual concuerda con (Hernández, 1997) quien describe la actitud negativa y la desesperanza como un sistema de esquemas cognitivos sobre expectativas negativas de futuro y frente a la vida. Citado por Pérez, (2016 Pág. 74). Las cuales reflejan alertas ya que estos factores predisponen a ideación suicida.

Así mismo se encontró que el 71.4% de la población presentaron ideación o pensamientos suicidas lo cual según (Min Salud) se denomina al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias cognitivas suicidas, “tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”, siendo este un primer paso que se puede reflejar de alguna manera puede ser verbal o escrita.

Además, se encontró que el 61.9% de la población realizaron entre 1 y 5 *proyectos* de intento de suicidio confirmando esto como más probabilidad de pasar al intento, lo cual coincide con lo planteado por (Min Salud 2018) que además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Lo cual Implica un alto riesgo de pasar al intento.

De igual modo, se encontró que el 38% de los participantes pasaron al intento de suicidio, donde han realizado entre 1 a 5 intentos es decir han presentado conductas *parasuicidas*, concordando con un estudio realizado por González y cols., (2012), (citando a Madrigal, Fonseca y Vázquez, 2004), dicen que se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio (parasuicidio) y por cada intento, ocho veces lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo, El 40% de quienes han intentado suicidarse lo han hecho en varias ocasiones; de ellos, de 10 a 14% termina suicidándose.

Por otro lado, se aplicó una entrevista semiestructurada de acuerdo a ella se obtuvieron los siguientes resultados. Se encontró que el 50% de la población pensó que su familia estaría mejor sin ellos, esto debido a conflictos con sus familia (mamá, papá abuelos, hermanos), incomprensión, sentimientos de rechazo, soledad y mala comunicación. Este resultado se relaciona con el estudio realizado por Monge (2013) quien analizó la prevalencia del intento de suicidio y su relación con la dinámica familiar en el cual halló factores familiares de riesgo tales como sentimientos de soledad, incomprensión y rechazo por parte de los padres, así como una percepción negativa del ambiente familiar.

En otros estudios relacionados se encontró el mal funcionamiento familiar. Así mismo se evidenció que antes, durante y después el 100% de los participantes que tuvieron conductas parasuicidas, estas estuvieron relacionadas con sus familia sea como factor de riesgo o como factor protector. En relación con lo anterior Andrade & cols (2010) Citando a (Goleman, **2007**: 224).

Indicaron que:

las relaciones afectivas deben estar connotadas por una estabilidad y entrenamiento en habilidades de empatía y sensibilidad de los padres hacia las insuficiencias afectivas de su hijo, lo cual contribuye positivamente “al establecimiento [...] de una sensación básica de seguridad mientras que su ausencia, por el contrario, destaca en aquellos pacientes que presentan tendencias suicidas” (Goleman, 2007), así, quienes constituyen relaciones tornadas de ansiedad y ambivalencia, sobre la base de una niñez delicadamente trastornada, están más propensos a la ideación suicida y al suicidio.

Además, Con respecto a los sentimientos involucrados antes, durante y después de los comportamientos *parasuicidas* los participantes manifestaron que sentían rabia, tristeza, soledad, angustia, y culpa. Estos estaban relacionados directamente con su familia. estas situaciones se encuentran plasmadas en el planteamiento de Caballero (2013) cuando comenta que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico.

De igual modo, al indagar sobre el *comportamiento* que tuvieron antes, durante y después de los actos autolesivos manifestaron que organizaron el plan, dichos actos, como cortes en la piel con cuchilla y bisturí, tomar pastillas, tomar veneno, neguvon entre otros. Así mismo, ellos manifestaron que su comportamiento fue normal la mayoría se encierran o aíslan, algunos consumen alcohol y sustancias psicoactivas, otros escuchan música, algunos comentan que esto lo hicieron en la casa o en el colegio. Acorde a lo anterior Campos, R. (2009) afirma que los comportamientos, son conductas de riesgo que dependen de los individuos y que generalmente tienen una intención, o se dirigen a una meta consciente o inconsciente. Estas conductas pueden comprometer la salud, el bienestar y la adaptación social.

Igualmente, se aplicó un tercer instrumento escala IRSA que permitió la identificación de factores de riesgo. De acuerdo con, Bobes et al., 2011; WHO, 2014) los factores *de riesgo no modificable* son sexo, edad, historia familiar, conducta suicida previa o salud física. En este instrumento se encontró en los adolescentes principalmente ideación suicida, tentativa de suicidio, separación de los padres, un participante manifiesto abuso sexual y otra muerte de un familiar por suicidio, también se presentó diagnóstico psiquiátrico. En relación, con un estudio realizado por Shaffer (2001) citado en Campos, R. (2009), se debe considerar, antes que todo, que los factores de riesgo suicida son individuales, generacionales, genéricos y culturales. Dado que, lo que para unos es un factor de riesgo para otros no. Así mismo los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y suicidios consumados, sin embargo, los estudios clínicos revelan que en muchos casos es la impulsividad y el pesimismo los factores que están fuertemente ligados a la conducta suicida, de ahí los casos de suicidio en enfermos con patología mental.

Así mismo, en los *factores de riesgo modificables* se encontró consumo de drogas y alcohol en dos participantes, en otros problemas académicos, algunos manifestaron sentirse presionados, dos de los participantes también manifestaron dificultades con las autoridades y por último el factor de riesgo modificable que manifestaron 11 participantes fue conflictos familiares, falta de apoyo familiar. Bedout (2008. p. 53-63) señala como causas del problema la dependencia de alcohol y de otras drogas, el aislamiento social, enfermedades dolorosas o incapacitantes y, particularmente los trastornos, como la depresión y la esquizofrenia.

Así también, En la *sección de depresión y ansiedad* los adolescentes presentaron las siguientes características: desprecio propio, impulsividad, desregulación emocional, baja autoestima, soledad, inadaptación social, baja tolerancia a la frustración, impaciencia, inquietud constante, enojo, tristeza constante y desesperanza. Estos resultados se relaciona con el estudio de (Eguiluz, 2011) quien evidencio que el ambiente familiar negativo se caracteriza por problemas de comunicación entre padres e hijos, esto constituye factores de riesgo vinculados a los problemas de salud mental como depresión, ansiedad y estrés. Por lo tanto, la depresión se encuentra en ambiente familiar negativo se caracteriza por problemas de comunicación entre padres e hijos. La forma en que la familia mantiene síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida es a través de su funcionamiento.

Por otra parte, En la *sección de ideación suicida* la mayoría de los participantes presentaron ideación suicida, intención suicida, conductas autodestructivas, auto agresión, e intento de suicidio dichos factores se relacionan Según González-Forteza y Jiménez (2010), citados en un estudio realizado por Eguiluz R, & Ayala M, (2014). Quienes indicaron que el suicidio es un proceso que

transcurre a través de cuatro fases: ideación suicida, planeación, intento suicida y suicidio consumado. No necesariamente se tiene que atravesar por todas ellas antes de llegar al suicidio. Pero lo que sí resulta claro es que la ideación suicida es el primer eslabón de la cadena y un rubro fundamental para la investigación y el desarrollo de estrategias de prevención e intervención con el fin de salvar vidas. Contrario a lo anterior Pérez. P, & cols (2017). Encontraron que el suicidio puede comenzar o no con la idea de perder la vida, es decir, no todos los suicidios consumados han sido antecedidos por la ideación suicida, ya que se pueden presentar de manera impulsiva citando a (González, Arana y Jiménez, 2008).

Con respecto a los factores *precipitantes*, encontrados en este estudio, los participantes presentaron estrés vital, pérdida de apoyo, confusión, ira, venganza, conflictos familiares. Dos de ellos se evidenció como factor precipitante muerte de un familiar y ruptura de una relación. Así mismo Pérez. P, & cols (2017). En un estudio relacionado citaron a Carmona et al. (2010) y Cañón (2011) quienes afirmaron que los miembros de familias separadas presentan mayor riesgo de conducta suicida, al mismo tiempo identifican que los problemas y el grado de disfunción familiar, son el principal precipitante de la conducta suicida. También, encontraron en Bella, F. y Willington (2010) que las relaciones conflictivas con el padre o la madre hacen parte de los factores familiares de alto riesgo frente a la ideación suicida, especialmente en niños y jóvenes.

En cuanto a las *creencias* se evidencia una visión negativa de sí mismos, “insatisfacción con la vida, desesperanza, nada saldrá bien, nada cambiara, visualización de la muerte como una salida”, para algunos vivir es insoportable. Visualizan la muerte como una solución aceptable a sus

problemas. Por esa misma línea Alvis, L. & Grisales, H. (2017) encontraron que el riesgo de suicidio aumenta cuando existen antecedentes de situaciones estresantes negativas, experimentadas en edades muy tempranas de la vida: “para el caso de los adolescentes con dificultades para manejar los acontecimientos vitales negativos, con frecuencia el acto suicida va precedido de alguna situación de estrés, capaz de reactivar los sentimientos de desamparo, desesperanza y abandono”. Relacionado con lo anterior, Gutiérrez, G & cols (2006) encontraron en su estudio que el suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave para quien por su desesperanza, las expectativas del futuro no superan un presente doloroso.

Por último, se encontró con respecto a los *factores protectores* que los participantes no se sentían persona valiosa, argumentaron no tener apoyo familiar, baja autoestima, sentían incapacidad de realizar lo que se proponían hacer, sin interés por actividad alguna, sentían insatisfacción con la vida. Al contrario, algunos participantes presentaron factores protectores positivos con planes a futuro pero sin embargo se sentían solos. La mayoría presentaba dificultades con su familia y falta de una red de apoyo, estos factores protectores concuerdan con la investigación realizada por Campos, R; (2009) quien plantea en su estudio que los factores protectores son todos aquellos elementos personales o circunstanciales que posibilitan el bienestar psicoemocional y mejor calidad de vida de una persona. Estos factores pueden ser internos (estima, seguridad y confianza de sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía). Así mismo los factores externos como (familia, comunidad, medio ambiente, amigos) es decir una red de apoyo.



Igualmente se relaciona los planteamientos de Cabra et al., (2010), ya que los adolescentes y las adolescentes se encuentran en una etapa de la vida tan importante en su desarrollo personal, es necesario que se les preste un acompañamiento cercano, identificando la estructura y calidad de sus relaciones familiares, con el fin de establecer estrategias de comunicación efectiva y de resolución de problemas que les permita percibir un buen funcionamiento familiar; ya que como se mencionó éste es un factor de protección para la conducta suicida, teniendo en cuenta que es un período de transición biopsicosocial que se caracteriza por modificaciones corporales y adaptación a nuevas estructuras psicológicas que llevan a la adultez. Forero y Salamanca (2017).

## Conclusiones

A través de la presente investigación, comprender el *parasuicidio* como un fenómeno multicausal en la actualidad se debe enfrentar desde lo regional, nacional e internacional. Desde luego esta problemática compete a toda la sociedad lo cual se evidencia en cientos de investigaciones. De acuerdo a las cifras estadísticas mundiales, nacionales y departamentales el suicidio ha venido en aumento en los últimos años. A sí mismo “el *parasuicidio* implica diferentes intenciones que en ocasiones son contradictorias como la esperanza de que no tenga consecuencias fatales”. Es un llamado de atención para comunicar la angustia. Es decir que el adolescente desea que la situación que le causa angustia e impotencia cambie.

Para concluir, en lo planteado desde el primer objetivo se identificó *El parasuicidio* como una secuencia de conductas autodestructivas con o sin intención pero que pueden terminar en suicidio si no se toman las medidas preventivas en cada caso. Por lo tanto, se identificó en esta población efectivamente conductas *parasuicidas* con riesgo bajo, medio y alto. Dichas conductas expuestas en falta de deseo de vivir y desesperanza, ideación suicida, realización de un proyecto de suicidio y por último el intento de suicidio. Dado que estos adolescentes presentaron factores precipitantes como consumo de alcohol y drogas, abuso sexual, y el total de la población presento una dinámica familiar negativa y de riesgo.

Como conclusión del segundo objetivo, se evidenció que los adolescentes que llevaron a cabo las conductas autodestructivas estas estuvieron relacionadas antes, durante y después con su

familia, ya sea porque sus padres están separados, otras madres solteras, algunas viven en familia extensas, otros porque sus padres ejercen violencia psicológica y abandono. En estos adolescentes se percibió una situación familiar “caótica y difícil”. Se sienten incomprendidos y solos, sin encontrar confianza en sus padres no hay diálogo ni comunicación asertiva. Igualmente los pensamientos, las emociones y acciones de los adolescentes con respecto a las conductas *parasuicidas* están relacionada directamente con su familia. Para ellos sus familias son de gran importancia en tal decisión, para algunos de manera positiva y para otras negativas, lo cual indica en esta investigación que la familia es el soporte funcional en el aspecto cognitivo, emocional y comportamental de estos adolescentes.

Por último, con el propósito de cumplir con el tercer objetivo se evidenció como principal factor de riesgo la familia. *“El ambiente familiar negativo que se caracteriza por problemas de comunicación entre padres e hijos, constituye uno de los factores de riesgo estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental, depresión, ansiedad y estrés. La forma en que la familia mantiene síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida es a través de su funcionamiento”* Eguiluz & Ayala (2014). Así entonces comprender que el adolescente está pasando por una etapa de cambios en la que se afecta su estado emocional y con ello su comportamiento. En esta etapa se caracteriza por una ambivalencia donde él empieza a cuestionar hasta su propia existencia. De este modo se puede entender la adolescencia como un proceso normal parte de su desarrollo que debe estar acompañado de sus seres queridos quienes deben brindar amor, apoyo, confianza, protección, fortaleza con el fin de formar un adolescente capaz de enfrentar las adversidades, los conflictos internos, enfrentándose consigo mismo pero también a su medio externo.

### **Recomendaciones.**

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación se recomienda a la comunidad académica, equipo interdisciplinar, docentes, instituciones y entes gubernamentales un seguimiento responsable y ético a esta problemática que aqueja a estos adolescentes, la familia y la sociedad. Estar alerta, para así poder visibilizarlo y enfrentarlo desde el nivel institucional (salud, escuela, estado).

Se recomienda crear estrategias, psicosociales que promuevan unas dinámicas familiares positivas y estables para el buen desarrollo psicológico y social de los adolescentes.

Recomendar a la universidad Nacional Abierta y a Distancias y demás instituciones educativas que promuevan la investigación y se dé continuidad a procesos de investigación con esta temática de impacto social que benefician programas de prevención y también para fortalecimiento de políticas públicas para generar bienestar a los adolescentes y las familias.

### Referencia Bibliográfica.

Alvis, L. F., Soto, A. M. & Grisales, H. (2017).

El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio. *Revista Criminalidad*, 59 (2): 81-92.

Arango Bermúdez, R. A. y Martínez Torres, J. J. ( 2013).Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60-82.

Andrade Salazar, J., & Bonilla Gutiérrez, L., & Valencia Isaza, Z. (2010). Factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: "Villa Cristina" Armenia - Quindío (Colombia). *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 6 (17), 6-32.

Barón B., O. (2000). ADOLESCENCIA Y SUICIDIO. *Psicología desde el Caribe*, [en línea] (6), pp.48-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>.

Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana De Pediatría*, 84(2), 72-77. 2 [www.medigraphic.com/rmp](http://www.medigraphic.com/rmp) Vol. 84, No. 2, 2017

Contreras, H. (2013). Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. Recuperado el 12 de marzo 2017 de <http://inprf.bi-digital.com:8080/handle/123456789/759>

Campos, R; (2009) “Construcción de un Instrumento para la Detección de Factores de Riesgo Suicida en Adolescentes Costarricenses.

Domínguez, J. (2015). Suicidios en Colombia, cifras 2013. Recuperado el 30 de marzo 2017 de <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/suicidios-colombia.aspx>

Estado Mundial de la Infancia de 2011 [https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF\\_-\\_Estado\\_Mundial\\_de\\_la\\_Infancia\\_2011\\_-\\_La\\_adolescencia\\_una\\_epoca\\_de\\_oportunidades.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf)

Equipo Ecos del Combeima (2014). Ibagué avanza en suicidios. Rescatado el 13 de marzo de 2017. <http://www.ecosdelcombeima.com/ibague/nota-48787-ibague-avanza-suicidios>.

Eguiluz Romo, L., & Ayala Mira, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22 (2), 72-80.

Forero, I., & Siabato, E., & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (1), 431-442.

González y cols, (2012). El suicidio, un problema de salud pública enorme y, sin embargo, prevenible - OMS. Rescatado: 11 de marzo de 2017 en: <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/pr61/es>

Gutiérrez García, A., & Contreras, C., & Orozco Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.

Hernández Trujillo, Ariane, Eiranova González- Elías, Irina, & López Acosta, Yelina M.. (2013). Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *MEDISAN*, 17(12), 9027-9035. Recuperado en 17 de abril de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es&tlng=es).

Informe Forensis (2015). Estadística sobre violencia en Colombia. Recuperado de [http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/asset\\_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/forensis-2015-informacion-estadistica-sobre-violencia-en-colombia;jsessionid=723AEA36DA4A937937DBF4529C372208](http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/asset_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/forensis-2015-informacion-estadistica-sobre-violencia-en-colombia;jsessionid=723AEA36DA4A937937DBF4529C372208)

Leal y Vásquez. (2011). Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos y factores Asociados. Cajamarca. Perú. Andina.

Ley 1090 (2006). Código Deontológico y Bioético. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. <http://www.psicologiapropectiva.org/introley1090.html>.

Ley protección social Septiembre (2006). Capítulo 49 y 50 VII. Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Lozano Serrano, Carolina, Huertas Patón, Abigail, Martínez Pastor, Carlos Jeremías, Ezquiaga Terrazas, Elena, García-Camba de la Muela, Eduardo, & Rodríguez Salvanés, Francisco José. (2004). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91), 11-22. Recuperado en 16 de agosto de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000300002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002&lng=es&tlng=es)

Medina-Pérez , A. y cols. (2008). Caracterización del suicidio en adolescentes del Quindío, Colombia (1989-2008). Univ. Méd. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 53 (3): 249-259, julio-septiembre.

Ministerio de salud de Colombia (1993). Resolución No 8430. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de salud de Colombia (2018) Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Bogotá (D.C.), agosto de 2018 Actualización <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf><https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Monge, J.; Cubillas, M.; Román, R. y Valdez, E. (2013) – Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Revistas.uv.mx*, 2013. Recuperado de [https://scholar.google.es/scholar?start=30&q=suicidio&hl=es&lr=lang\\_es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.es/scholar?start=30&q=suicidio&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5)

Monge, J. (2013) Salud del adolescente. OPS/OMS, Washington, D.C. En: Boletín Clínico de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, México. 15(2), 77-85.

OMS (2006). Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra 2006. ISBN 92 4 159438 1 (Clasificación LC/ NLM: HV 6545) ISBN 978 92 4 1594387: Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_work\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf)

OPS/OMS (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Oficina del Subdirector (AD) Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH) Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA) Washington D.C. ISBN 978-92-75-11843-6. Recuperado de file:///C:/Users/DELL-E5450/Downloads/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf

ORTIZ, M. (2016). Escuela de Periodismo Multimedia EL TIEMPO - 11 de septiembre. Sección Salud.

Plan de Desarrollo Municipal de la ciudad de Ibagué (2016 -2019). “No segregar, no depredar no robar”. Recuperado en mayo 26 de 2017 de: <http://www.ibague.gov.co/portal/admin/archivos/publicaciones/2016/14981-PLA-20161104.pdf>.

Pérez, R. M. (2016). Estudio epidemiológico del suicidio consumado en los partidos judiciales de Balaguer y Cervera, 1960-1990 . *Tesis Doctoral* . <http://hdl.handle.net/10803/385209>

Pérez Prada, M., & Martínez Baquero, L., & Vianchá Pinzón, M., & Avendaño Prieto, B. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá-Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13 (1), 91-101.

Psicología Evolutiva Adolescencia. Cátedra 1- José A. Barrionuevo. SUICIDIO E INTENTOS DE SUICIDIO.



- Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., & Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117.  
doi:<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767>
- Sánchez Valtierra, J. (2013). Práctica docente. Métodos de investigación mixto: un paradigma de investigación cuyo tiempo ha llegado.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). FACTORES PROTECTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES. *Papeles Del Psicólogo*, 35(3), 181-192.
- Secretaría Distrital de Salud. (2011). Guía operativa, plan de intervenciones colectivas. Bogotá, Colombia.
- Taborda, J. (2012). El suicidio en cifras. Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Recuperado el 2 de abril de 2017. De <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/2-EL%20SUICIDIO%20EN%20CIFRAS-OK.pdf.%>
- Terroba-Garza, G. y Saltijeral, M. (2014). La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. Recuperado de el 1 de abril 2017 En: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/624>
- Vargas, G. I., Jiménez, R. J., Hernandez, V., E. (2011) CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ACCION PSICOSOCIAL COMUNITARIA (CIAPSC), Carta de Navegación, Zona Sur, Escuela de Ciencias Sociales Arte.
- Valladares González, A. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología.. *Medisur*, 6(1), 4-13. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/402/319>

## Apéndice: Anexo 1 consentimiento informado

Consentimiento informado para la participación en la investigación

### ***Caracterización de la experiencia del parasuicidio en púberes y adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de Ibagué***

Fecha:

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con CC N.: \_\_\_\_\_, en calidad de acudiente, acepto que el estudiante: \_\_\_\_\_ participe en dicha investigación, una vez informado(a) sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de evaluación que se llevarán a cabo y de los posibles riesgos que se pueden generar en ella, por tanto autorizo a las docentes Liliana Oviedo Tovar, Liliana Sánchez Ramírez, Jobana Agredo Morales y a los estudiantes María Camila Arbeláez, Alejandro Naicipe y Signey Lozano del programa de Psicología de la Escuela de Ciencias Sociales Artes y Humanidades de la –ECSAH– de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia, llevar a cabo dicha investigación y aplicar los siguientes instrumentos:

1. Instrumento de Riesgo Suicida Adolescente IRSA.
2. *Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS).*
3. *Cuestionario sociodemográfico y áreas de ajuste cognitiva, emocional y conductual.*

Adicionalmente se me informó que:

La participación en esta investigación es completamente voluntaria y se está en libertad de retirarse de ella en cualquier momento.

No se recibirá beneficio económico de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar la calidad de vida de los participantes.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Nacional Abierta y a Distancia bajo la responsabilidad de los investigadores.

Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Numero de documento: \_\_\_\_\_

## Anexo2. Escala de ideación suicida de BECK (1976)

### I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.

1.- Deseo de vivir.

☐ Moderado a intenso ☐ Débil ☐ Ninguno

2.- Deseo de morir.

☐ Moderado a intenso ☐ Débil ☐ Ninguno

3.- Razones para vivir / morir.

☐ Las razones para vivir son superiores a las de morir x

☐ Igualess

☐ Las razones para morir son superiores a las de vivir

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.

☐ Moderado a intenso ☐ Débil ☐ Ninguno x

5.- Intento pasivo de suicidio.

☐ Tomaría precauciones para salvar su vida

☐ Dejaría su vida / muerte en manos del azar (por ej.: cruzar descuidadamente una calleCalle muy transitada)

☐ Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: un diabético que deja de tomar la insulina)

### II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.

6.- Dimensión temporal: duración.

☐ Breve, períodos pasajeros

☐ Períodos más largos

☐ Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

☐ Rara, ocasional ☐ Intermitente ☐ Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

☐ Rechazo ☐ Ambivalencia, indiferencia ☐ Aceptación

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

☐ Tiene sensación de control

☐ No tiene seguridad de control

☐ No tiene sensación de control

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.:ej: familiaFamilia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidadIrreversibilidad).

☐ No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio

☐ Los factores disuasorios tienen cierta influencia

☐ Influencia mínima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos:

---

11.- Razones del proyecto de intento.

☐ Manipular el medio, atraer atención, venganza

☐ Combinación de ambos

☐ Escapar, acabar, resolver problemas

### III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.

12.- Método: especificación / planes.

- ☐ ☐ No los ha considerado
- ☐ ☐ Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- ☐ ☐ Los detalles están especificados / bien formulados

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.

- ☐ ☐ Método no disponible; no hay oportunidad
- ☐ ☐ El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.
- ☐ ☐ Método y oportunidad accesible
- ☐ ☐ Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14.- Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.

- ☐ ☐ No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- ☐ ☐ Inseguro de su coraje, competencia
- ☐ ☐ Seguro de su competencia, coraje

15.- Expectativas / anticipación de un intento real.

- ☐ ☐ No
- ☐ ☐ Incierto, no seguro
- ☐ ☐ Sí

### IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.

16.- Preparación real.

- ☐ ☐ Ninguna
- ☐ ☐ Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)
- ☐ ☐ Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17.- Notas acerca del suicidio.

- ☐ ☐ No escribió ninguna nota
- ☐ ☐ Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla
- ☐ ☐ Completada

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).

- ☐ ☐ Ninguno
- ☐ ☐ Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
- ☐ ☐ Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

- ☐ ☐ Reveló estas ideas abiertamente
- ☐ ☐ Fue reacio a revelarlas
- ☐ ☐ Intentó engañar, encubrir, mentir

### V.- FACTORES DE FONDO.

20.- Intentos previos de suicidio.

- ☐ ☐ Ninguno
- ☐ ☐ Uno
- ☐ ☐ Más de uno

21.- Intención de morir asociada al último intento.

- ☐ ☐ Baja
- ☐ ☐ Moderada; ambivalente, insegura
- ☐ ☐ Alta

*PUNTUACIÓN TOTAL:*

*Actitud ante la vida/muerte:*

*Pensamientos/deseos suicidas:*

*Proyecto de intento:*

*Intento proyectado:*

*Factores disuasorios:*

*Intentos previos:*

### **Anexo 3. Entrevista semiestructurada**

Fecha:

Institución educativa: Alberto castilla

Entrevistador:

- Información sociodemográfica:

Nombre del entrevistado

Grado:

Edad:

Estrato:

¿Con quién vive?:

¿A que se dedican los padres?:

Padre:

Madre

- Desarrollo de la entrevista.

1. ¿Qué información conoce frente a las conductas auto lesivas?
2. ¿Buscas información frente a la conducta auto lesiva? (Que medios utiliza: web, redes sociales, amigos, otros)
3. ¿Te sientes importante y amado por alguien? ¿Por quién?

4. ¿Crees que tus seres queridos estarían mejor sin ti? ¿Por qué?
5. ¿Qué pensamientos tienes antes, durante y después de la conducta auto lesiva?
6. ¿Cuáles son los sentimientos o emociones que te invaden antes, durante y después de la conducta auto lesiva?
7. ¿Estos sentimientos de auto lesión están relacionados con: 1. Familia. 2. Amigos. 3. Colegio. 4. Barrio. 5. Otro.
8. ¿Puedes describir los comportamientos antes, durante y después de la conducta auto lesiva?
9. ¿Has pensado nuevamente en causarte daño físico y por qué?
10. ¿Cómo te ves en 6 meses?
11. ¿Cómo te sentiste durante esta entrevista?

#### Anexo 4. TEST IRSA

##### **Estimado(a) adolescente:**

El test que a continuación vas a llenar, pretende conocer algunos aspectos de tu vida, de lo que sientes o piensas.

Contesta todas las preguntas que se te presentan a continuación, marcando con una (x) el cuadrado contiguo a la respuesta (Sí o No) que consideras se aplica mejor a tu situación. No debes escribir tu nombre. Tus respuestas **serán confidenciales** y solo serán vistas por los profesionales de salud que realizan el estudio. No permitas que **nadie más observe** o te sugieran las respuestas. Agradecemos tu confianza e interés.

**NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS, MALAS, CORRECTAS O INCORRECTAS. TODAS SON**

**IMPORTANTES**

Edad Fecha Sexo

¿Dónde vives? \_\_\_\_\_

##### **ITEM SI NO**

1. En el último año mis padres se separaron o divorciaron
2. En los últimos seis meses he consumido drogas prohibidas por la ley (marihuana, cocaína, crack u otras)
3. La mayoría de la gente me aprecia

4. Considero que las cosas estarían mejor si yo no estuviera
  5. Tiendo a ser muy impulsivo la mayor parte del tiempo
  6. Casi siempre me siento enojado
  7. Soy una persona valiosa
  8. He pensado en un plan o método para matarme
  9. A menudo me siento muy presionado y con demasiadas responsabilidades
  10. Algún amigo o familiar cercano murió recientemente
  11. Siento que la vida vale la pena
  12. Pienso en el suicidio como una posible solución a los problemas
  13. En algún momento de mi vida, he intentado hacerme daño
  14. En los últimos seis meses he consumido bebidas alcohólicas en exceso
  15. Hay gente que se interesa por mí y por lo que me pasa
  16. A menudo me siento sólo y aislado de los demás
  17. Me siento incapaz de hacer bien las cosas y salir adelante
  18. Tengo amigos con quienes contar
  19. Me siento mal por no poder llenar las expectativas de los demás
  20. He pensado en el modo de hacerme daño
  21. Siento que puedo confiar en las personas de mi familia
  22. Recientemente perdí a alguien que quería mucho
  23. A veces pienso que yo merecería morir
  24. He sufrido abuso sexual
  25. En mi familia con frecuencia hay conflictos y peleas
  26. Tiendo a reaccionar violentamente cuando algo no sale como quiero
  27. A menudo siento que no podré ser feliz
  28. Tengo planes para el futuro
  29. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- ( ) Masculino ( ) Femenino
30. Pienso que soy un perdedor
  31. Me extrañarían si yo faltó
  32. He buscado métodos para matarme en revistas, Internet u otros medios
  33. Con frecuencia me siento muy confundido
  34. Estoy muy dolido porque mi relación de pareja terminó en fracaso
  35. La mayor parte del tiempo me siento bien
  36. Pienso a menudo que las cosas están mal y seguirán siempre así
  37. En mi familia hemos sufrido violencia doméstica
  38. En mi casa a menudo me castigan golpeándome
  39. Pienso que soy capaz de hacer casi todo lo que me proponga
  40. La mayoría del tiempo siento que soy una persona valiosa
  41. Me es difícil concentrarme por mis preocupaciones
  42. Me he expuesto a situaciones que me ponen al borde de la muerte
  43. Me agreden verbal o físicamente en el lugar donde estudio o trabajo
  44. Pienso que he hecho algo que no tiene perdón
  45. Algún miembro de mi familia ha intentado matarse o se ha suicidado
  46. Yo cuento con el apoyo de mi familia
  47. Últimamente he estado pensando en hacerme daño
  48. Tengo problemas para dormir
  49. La mayor parte del tiempo me siento triste

50. La mayoría de las personas están mejor que yo
51. Tengo acceso a armas de fuego
52. Cuando me enojo, me corto o hago cosas que me dañan
53. He pensado alguna vez que lo mejor sería estar muerto
54. Mis compañeros de estudio o trabajo me hacen la vida imposible
55. Últimamente he tenido muchos problemas en mi familia
56. He pensado últimamente que la vida no merece la pena ser vivida
57. Tengo muchas razones para vivir
58. Un amigo o amiga se ha suicidado
59. Constantemente fracaso en mis estudios
60. Si me siento mal busco a alguien que me escuche y me ayude
61. Estoy más irritable que de costumbre
62. Formo parte de algún grupo u organización de jóvenes
63. A menudo no siento deseos de comer.
64. Siento que mi situación es desesperante
65. Hablo frecuentemente de la muerte y/o de los deseos de estar muerto
66. Me he sentido humillado y solo en el lugar donde estudio o trabajo
67. Aprendo mucho de mis propios problemas
68. Los demás descansarían con mi muerte
69. He pensado en matarme
70. Me han expulsado del colegio
71. Soy vengativo y rencoroso
72. Me preocupo demasiado por las cosas
73. Hago amigos con facilidad
74. He tenido problemas por mi preferencia u orientación sexual
75. He escrito cartas de despedida por si decido acabar con mi vida
76. Soy tan bueno en lo que hago como mis compañeros o amigos
77. Recientemente terminó mi relación de pareja
78. Soy capaz de encontrar una solución a mis problemas
79. Sé que puedo tener una vida feliz
80. He intentado suicidarme
81. A menudo participo en peleas a golpes
82. Tiendo a hacer cosas que me ponen en peligro
83. Últimamente estoy cansado y sin energías
84. Con frecuencia pienso antes de actuar
85. Descanso poco cuando duermo.
86. A menudo disfruto con lo que hago
87. A menudo tengo deseos de morirme
88. Actualmente estoy muy molesto con alguien especial para mi
89. Me afecta mucho no ser como quisiera
90. Me han tenido que atender u hospitalizar por problemas psicológicos
91. Sé quién puede ayudarme en momentos de crisis
92. He tenido conflictos con la policía
93. Tengo amigos en quien apoyarme
94. Últimamente logro concentrarme en lo que hago
95. Me siento inútil.
96. Tengo la confianza de contarles mis problemas a mis familiares



- 97. Siento que no le caigo bien a la gente
- 98. Siento que pierdo el control cuando me enojo
- 99. He sufrido una experiencia traumática recientemente
- 100. Sufro de alguna enfermedad que me angustia o me desespera constantemente
- 101. Cuento con un grupo de amigos para divertirme
- 102. Alguna vez he pensado en hacerme daño, luego de terminar una relación de pareja
- 103. Siento que vine al mundo a sufrir
- 104. Me molesta que otros se interesen por mí
- 105. Me gusta sentirme mal
- 106. Siento que no soy tan bueno como otros
- 107. Cuando estoy enojado o frustrado busco alguna actividad recreativa para desahogarme.